

Irina Holdevici

Valentina Neacșu

SISTEME DE PSIHOTERAPIE ȘI CONSILIERE PSIHOLOGICĂ

Editura KULLUSYS

București - 2008

Cuvânt înainte 6

CAPITOLUL I

PROBLEME GENERALE ALE PSIHOTERAPIEI 9

CAPITOLUL II

ABORDAREA COMPORTAMENTALĂ ÎN PSIHOTERAPIE 41

CAPITOLUL III

ABORDAREA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

ÎN PSIHOTERAPIE ȘI CONSILIEREA PSIHOLOGICĂ 65

CAPITOLUL IV

PSIHOTERAPIA RAȚIONAL EMOTIVĂ, VARIANTĂ A TERAPIEI

COGNITIV-COMPORTAMENTALE..... 89

CAPITOLUL V

PSIHOTERAPII DE ORIENTARE DINAMICĂ: PSIHANALIZA ȘI

PSIHOTERAPIILE DINAMICE POST-FREUDIENE..... 107

CAPITOLUL VI

ORIENTAREA EXPERENȚIALĂ

ÎN CONSILIERE ȘI PSIHOTERAPIE 163

CAPITOLUL VII

PSIHOTERAPIA PRIN INTERVENȚIE PARADOXALĂ 235

CAPITOLUL VIII

PSIHOTERAPIA STRATEGICĂ 255

CAPITOLUL IX

PSIHOTERAPIA DE FAMILIE 307

CAPITOLUL X

PSIHOTERAPIA PRIN JOC DRAMATIC 333

CAPITOLUL XI

PSIHOTERAPIILE DE GRUP 377

CAPITOLUL XII

ALTE SISTEME DE PSIHOTERAPIE 397

Bibliografie selectivă 428

Cuvânt înainte

Lucrarea prezentă are drept scop o trecere în revistă a principalelor sisteme de psihoterapie și consiliere psihologică utilizate la ora actuală în țările cu tradiție în acest domeniu, precum și în țara noastră.

Definită ca tratament psihologic, psihoterapia și-a dovedit de-a lungul timpului eficiența în tratamentul unor afecțiuni nevrotice și psihosomatice datorate stresului, unde se pot obține rezultate foarte bune și în absența tratamentului medicamentos.

Chiar și în cazul unor boli psihice severe cum sunt psihozele, psihoterapia poate, alături de chimioterapie, să contribuie la o mai bună și mai durabilă **remisiune** a acestor bolnavi. Astăzi se manifestă tot mai mult tendința ca unele tehnici psihoterapeutice să fie utilizate și pentru autoperfecționarea oamenilor fără afecțiuni psihice sau somatice, care doresc să obțină performanțe ridicate în diverse domenii de activitate și să se bucure de o stare de sănătate cât mai bună.

În țările occidentale dezvoltate, psihoterapia și-a câștigat un loc important printre alte metode de tratament, ea fiind practică de către psihologi și medici care s-au specializat într-un anumit domeniu al psihoterapiei.

La noi în țară în cazul psihologilor atestarea profesională este dată de Colegiul Psihologilor din România, pe baza recomandărilor asociațiilor profesionale de consiliere și psihoterapie. Medicii primesc atestări de la Federația Română de Psihoterapie.

Lucrarea se adresează studenților Facultății de Psihologie, și altor studenți sau masteranzi în psihologie sau psihoterapie precum și medicilor și psihologilor interesați de domeniu și dornici de a-și autoperfecționa cunoștințele.

În prima parte a lucrării sunt abordate probleme generale ale domeniului psihoterapiei și sunt clasificate principalele sisteme psihoterapeutice.

Sunt prezentate în detaliu principiile teoretice și tehnicile psihoterapiilor de orientare analitică, experiențială și cele ale psihoterapiilor comportamentale.

O atenție deosebită este acordată psihoterapiei cognitiv-comportamentale și psihoterapiei rațional-emoive, orientări moderne în domeniul psihoterapiilor de scurtă durată.

Sunt abordate și probleme legate de psihoterapia centrată pe client sau pe persoană, psihoterapia strategică, psihoterapia prin joc dramatic, analiza tranzacțională, psihoterapia de grup și psihoterapia feminisă.

Lucrarea prezintă interes și pentru publicul larg interesat să-și rezolve problemele de sănătate fizică și mentală, să reducă efectele stresului, să-și

optimizeze comportamentul și să atingă un nivel superior al randamentului profesional și al calității vieții.

Autoarele: Dr. Irina Holdevici, profesor universitar la Universitatea din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației și profesor asociat la Facultatea de Psihologie a Universității „Titu Maiorescu”, este specializată în psihoterapie cognitiv-comportamentală și hipnoză clinică. Valentina Neacșu, doctorand, este lector la Facultatea de Psihologie a Universității „Titu Maiorescu”, este specializată în psihoterapie cognitiv-comportamentală, psihodramă și psihoterapii scurte.

CAPITOLUL I

PROBLEME GENERALE ALE PSIHOTERAPIEI

Mulți oameni au trăit, măcar o dată în viața lor, o situație dramatică pe care au depășit-o, fiind ajutați de sfatul unor rude sau al unui prieten, sau au făcut o schimbare radicală de viață după o anumită experiență care le-a modificat optica, i-a făcut să vadă altfel lucrurile.

Psihoterapia, așa cum este ea aplicată de specialiști, se deosebește însă de demersurile empirice, ea presupunând o aplicare sistematică și conștientă a unor mijloace psihologice de influențare a comportamentului uman.

Psihoterapia se bazează pe supoziția conform căreia, chiar în cadrul unei patologii de tip somatic, modul în care individul va percepe și evalua starea sa, precum și strategiile adaptative pe care le folosește, joacă un anumit rol în evoluția tulburării și aceste strategii vor trebui modificate în cazul în care dorim ca afecțiunea să evolueze favorabil.

La baza oricărei psihoterapii se află convingerea conform căreia persoanele cu probleme psihologice au capacitatea de a se modifica învățând noi strategii de a percepe și evalua realitatea și de a se comporta. Majoritatea psihoterapeuților sunt de părere că scopul psihoterapiei este să transforme această convingere în realitate.

Deci, în general, obiectivul oricărei psihoterapii constă în a înțelege comportamentul pacientului și a modifica acest comportament astfel încât dificultățile existențiale ale acestuia să fie înlăturate sau măcar diminuate. În acest scop, psihoterapeutul încearcă să realizeze o evaluare a personalității pacientului, căutând să pună în evidență problemele principale și particularitățile psihice ale acestuia. Demersul psihoterapeutic va avea apoi ca sarcină să elibereze pacientul de anxietate, depresie sau alte trăiri afective care împiedică adaptarea optimă a acestuia la mediu, trăiri care îi perturbă comportamentul și au efecte negative asupra celor din jur, afectând cele mai importante acțiuni ale vieții individului: activitatea profesională, relațiile interpersonale, viața sexuală, imaginea de sine și autoaprecierea etc.

Psihoterapia este definită ca o acțiune psihologică sistematică, planificată și intențională, având la bază un sistem teoretic conceptual bine pus la punct, și trebuie exercitată de către un psihoterapeut calificat (psiholog sau medic) asupra pacientului. Ea utilizează metode și acțiuni specifice și nu se poate confunda cu

simplică acțiune caldă și simpatetică pe care o exercită la nivel empiric o rudă, un preot sau un prieten foarte apropiat (Watson, 1963).

Psihoterapia poate fi privită și ca o relație interpersonală dintre pacient și psihoterapeut, relație menită să investigheze și să înțeleagă natura tulburărilor psihice ale pacientului în scopul de a corecta aceste tulburări și a-l elibera pe pacient de suferință.

Suferința psihică se poate manifesta sub forma unor atitudini, sentimente, tipuri de comportament sau simptome care creează tulburări pacientului și de care acesta dorește să se elibereze.

Obiectivul major al psihoterapiei constă în a produce modificări în sfera personalității pacientului, modificări care îl vor ajuta pe acesta să realizeze o adaptare mai eficientă, mai puțin dezagreabilă și mai stabilă la mediu. Deși psihoterapia vizează în primul rând simptomele, dificultățile, tulburările și dezadaptările pacientului, ea nu trebuie redusă doar la procesul psihologic de vindecare, ci trebuie să vizeze, pe cât posibil, o restructurare de profunzime a personalității, precum și o mai eficientă reglare și autoreglare a stărilor psihice ale acestuia, să fie preventivă și autoformativă, să urmărească evoluția omului, actualizarea disponibilităților sale latente, și a potențialului său maximal, atât pe plan fizic, cât și spiritual.

Psihoterapia se aplică la o gamă largă de tulburări psihice, începând cu crizele existențiale, tulburările din sfera personalității, nevrozele, afecțiunile psihosomatice, bolile organice cronice și terminând cu susținerea psihoterapeutică a unor pacienți psihotici aflați în faza de remisiune, unde vine în completarea tratamentului psihiatric.

Există un număr de persoane normale (au succes profesional, familie bine organizată și afectuoasă, și-au îndeplinit multe din obiectivele existenței lor) care vin la psihoterapie pentru că au impresia că nu au trăit la nivelul expectațiilor lor și nu și-au realizat potențialul psihic până la nivel maximal. Aceștia, poate și pentru că problemele lor nu sunt atât de grave, pot obține un mare câștig de pe urma psihoterapiei care îi ajută să își regleze mai bine procesele și funcțiile psihice, să-și dezvolte creativitatea și să evolueze pe plan spiritual.

Care ar fi categoriile de pacienți care nu beneficiază de avantajele psihoterapiei? Este vorba, în primul rând, de deficienții mintal care sunt incapabili să înțeleagă sensul interpretărilor realizate de psihoterapeut și să ajungă la descoperirea cauzelor și soluțiilor propriilor lor probleme.

De asemenea, persoanele care nu reușesc să realizeze un contact uman, și deci nici relația psihoterapeutică, nu se pot bucura de avantajele psihoterapiei. În această categorie intră unii psihopați și unii pacienți psihotici, mai ales schizofrenii.

Un bun psihoterapeut trebuie să fie atent să nu se fixeze în mod rigid asupra unui diagnostic (care poate fi pus uneori cu superficialitate) ci să abordeze pacientul ca pe o entitate unică, de sine stătătoare, fără a uita că nu există boli, ci bolnavi. Astfel, trebuie explorată lumea interioară a pacientului, slăbiciunile și punctele tari ale acestuia, simptomele ca și posibilitățile sale de vindecare, relațiile

acestuia cu sine și cu ceilalți, adaptabilitatea, precum și receptivitatea sa pentru o metodă psihoterapeutică sau alta.

Este important de știut faptul că nu există un model standard de normalitate și că modalitățile de adaptare a omului la mediu sunt foarte variate. Soluția psihoterapeutică eficientă pentru un pacient poate să nu fie eficientă pentru altul. Psihoterapeutul trebuie să aibă în vedere, atunci când începe psihoterapia, pacientul și realitatea situațională a acestuia, să caute să-i deblocheze propriile disponibilități, să-l ajute să trăiască fericit în colectivitate, să se accepte pe sine, să fie eficient din punctul său de vedere, fiind în același timp el însuși. Deci dezideratul psihoterapiei nu este să-l facem pe pacient să semene cu alții, ci să-și restructureze și să-și optimizeze propria configurație a personalității, astfel încât să-și poată rezolva problemele într-un mod matur, realist și mai puțin nevrotic.

Strupp și Hadley (1977) arată că succesul psihoterapiei poate fi evaluat după trei criterii principale;

- *trăirea subiectivă a pacientului (dispariția simptomelor; se simte mai bine, e mai mulțumit, mai fericit, mai împăcat cu sine);*
- *recunoașterea socială (progresele realizate de pacient în profesie, familie, la învățătură etc.);*
- *materializarea expectațiilor psihoterapeutului în ceea ce privește modificările realizate în sfera personalității și în comportamentul subiectului.*

Mulți pacienți se pot simți ameliorați, cel puțin temporar, atunci când au reușit să scape de simptomele neplăcute care îi deranjează și care i-au determinat să se adreseze unui serviciu de psihoterapie.

Succesul așteptat de către psihoterapeut este ceva mai greu de atins și de evaluat mai ales în cazul psihoterapiilor de orientare analitică, unde simpla dispariție a simptomelor nu este considerată suficientă, ea nefiind sinonimă cu restructurarea de profunzime a personalității nevrotice. Deși pacientul afirmă că se simte bine pentru că a scăpat de simptomele sale (ca de pildă, insomnii, anxietate, dispoziție depresivă), terapeutul psihiatrist poate considera că starea pozitivă a pacientului e pasageră fiind, de pildă, rezultatul unui transfer pozitiv (relație emoțională pozitivă cu terapeutul) al pacientului asupra terapeutului și de a cărui stabilitate terapeutul se îndoiește. În același timp terapeutul psihiatrist poate considera ameliorarea simptomului doar ca o parte neînsemnată a modificării dorite.

Specialiștii în psihoterapii scurte sunt ceva mai puțin pretențioși, ei mulțumindu-se, de cele mai multe ori, să rezolve doar problema de care se plânge pacientul, așa cum se întâmplă și în cazul tratamentului medicamentos.

Ca demers științific psihoterapia trebuie să aibă la bază niște ipoteze clar formulate și un sistem de reguli bine stabilite, ce derivă din concepția teoretică a școlii psihoterapeutice respective asupra personalității umane și a tulburărilor psihopatologice din sfera acesteia.

Psihoterapeutul trebuie să cunoască legile funcționării subsistemelor

funcționale ale psihicului, să cunoască obiectivele și treptele necesare atingerii

Majoritatea specialiștilor sunt de părere că obiectivele psihoterapiei vizează în principal următoarele aspecte:

1. *Scoaterea pacientului din criza existențială în care se află.*
2. *Reducerea sau eliminarea simptomelor.*
3. *Întărirea eului și a capacităților integrative ale personalității pacientului.*
4. *Rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului.*
5. *Modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu.*
6. *Reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) a acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de tip dezadaptativ.*
7. *Modificarea opiniilor eronate ale subiecților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare.*
8. *Dezvoltarea la subiecți a unui sistem clar al identității personale.*

Aceste obiective nu sunt ușor de atins deoarece adesea viziunea distorsionată despre lume și imaginea de sine nesănătoasă a pacientului sunt rezultatul unor relații patologice din copilărie, relații întărite de parcursul mai multor ani de experiență de viață. De asemenea, dezadaptările la nivel profesional, marital sau social presupun, pentru a fi rezolvate, și operarea unor modificări în situația de viață a persoanei pe lângă intervenția psihoterapeutică propriu-zisă.

Este greu de presupus că un psihoterapeut, oricât de competent ar fi, va izbui într-un timp relativ scurt să restructureze întregul trecut al persoanei, s-o înarmeze cu mijloace adecvate de adaptare valabile în orice situație. Totuși, chiar în cazurile de tulburări psihice cronice, o experiență psihoterapeutică încununată de succes îl poate face pe individ să câștige o nouă perspectivă asupra propriilor sale probleme, să pună în acțiune noi modele de comportament, să abordeze situațiile de viață dintr-o perspectivă ceva mai adaptată.

Astăzi se apreciază că există foarte multe abordări psihoterapeutice, care merg de la psihanaliza clasică a lui Freud până la utilizarea în psihoterapie a unor tehnici orientale cum ar fi cele de Yoga sau Zen.

Factori comuni în psihoterapie

În 1975 Parloff descria peste 140 de sisteme psihoterapeutice bine puse la punct, iar de atunci s-au mai dezvoltat încă multe altele. Deși partizanii fiecărei școli psihoterapeutice afirmă că sistemul lor este cel mai bun, la o analiză mai atentă constatăm că diferențele dintre aceste sisteme nu sunt chiar atât de mari cum ar părea la prima vedere.

Ackerman (1943), Rogers (1940) și Thorne (1947) au realizat o sistematizare a principiilor fundamentale care stau la baza psihoterapiei și care constituie de fapt elementele comune ale unor sisteme psihoterapeutice diferite.

În cadrul majorității sistemelor psihoterapeutice apar următoarele elemente comune: relația stabilită între pacient și psihoterapeut, exprimarea liberă și deschisă ale trăirilor afective ale pacientului, înțelegerea intuitivă („insight”) a unor probleme psihologice personale, cât și ideea dezvoltării personalității pacientului, a

realizării unor disponibilități psihice latente ale acestuia, a evoluției sale psihologice, în sensul achiziționării unor modele de comportament care să conducă la adaptare de nivel superior a personalității.

Ne vom opri în mod special asupra unor aspecte ale relației psihoterapeutice.

Relația psihoterapeut – pacient

Relația psihoterapeutică este o relație dintre doi parteneri, dintre care unul solicită iar celălalt acordă ajutorul psihologic. Această relație conține în sine elementele pe care le aduce atât cel care are nevoie de ajutor cât și cel care îl oferă (Coleman; Butcher; Carson, 1984).

Contribuția majoră a pacientului constă mai ales în motivația acestuia. Afirmatia psihologiei umaniste, că omul posedă în el însuși impulsul interior spre sănătate fizică și mentală face ca psihoterapia să devină posibilă. Deși această nevoie este uneori greu de identificat la pacienți foarte sever tulburați, majoritatea oamenilor derutați sau anxioși sunt suficient de descurajați pentru a fi dornici de o cooperare care le permite o ameliorare.

Un anumit nivel de colaborare din partea pacientului este absolut necesar pentru succesul psihoterapiei.

Importante sunt și expectațiile pacientului de a obține ajutor. Aceste așteptări sunt adesea prin ele însele suficiente pentru a produce unele ameliorări (Frank, 1978). Așa cum un preparat Placebo înlătură durerea la subiecții sugestibili, care cred acest lucru, tot așa, persoanele care se așteaptă să fie ajutate, vor fi ajutate, uneori chiar indiferent de metoda aplicată de terapeut.

În cadrul relației psihoterapeutice terapeutul vine cu o serie de metode și tehnici foarte precise. Acestea au în comun mai ales menirea lor de a contribui la ajutorul psihologic dat oamenilor aflați în suferință.

Aceste tehnici îi fac pe pacienți să se cunoască mai bine, să-și privească problemele mai obiectiv, dintr-o nouă perspectivă.

Dar descoperirea soluției la propriile probleme („insight-ul”) și obținerea unei noi perspective reprezintă doar primul pas în psihoterapie, după care pacientul învață noi modalități de a simți și acționa, capătă mai mult curaj în a-și asuma responsabilități și a acționa mai eficient și cu mai multe satisfacții personale.

Pentru a induce astfel de modificări, terapeutul trebuie să interacționeze cu pacientul într-o manieră apropiată și bazată pe o atitudine de acceptare, pentru a-i câștiga încrederea și a-i spori motivația.

Trebuie precizat însă faptul că anumite particularități ale relației terapeut-pacient, cât și modul de manevrare a acestei relații, diferă de la o școală psihoterapeutică la alta. Karasu (1980) descrie trei tipuri de relații psihoterapeutice:

1. *relația centrată pe realitate și obiect.*
2. *contractul sau alianța psihoterapeutică.*
3. *relația de tip transferențial.*

1. Relația centrată pe realitate și obiect implică o atitudine calmă, atentă, interesată, empatică din partea psihoterapeutului care se străduiește să-i creeze pacientului un mediu bazat pe căldură și înțelegere, mediu care îl va ajuta pe acesta din urmă să atingă obiectivele pe care și le propune psihoterapia.

Acest mediu îl ajută pe pacient să mențină contactul cu realitatea înconjurătoare urmărind în același timp obiectivele psihoterapiei.

Sarcina principală în cadrul acestui tip de relație este câștigarea încrederii pacientului, ajutându-l pe acesta să vadă în terapeut o persoană cu comportament constant, previzibil, pe care te poți baza.

2. Contractul sau alianța psihoterapeutică consideră că succesul oricărei terapii implică o colaborare a două persoane. Acest tip de relație este de natură conștientă, rațională și non-regresivă, în care terapeutul face apel la ego-ul de adult al pacientului, pe care îl tratează ca pe un partener științific.

Alianța terapeutică este bazată pe acordul de implicit sau explicit al celor doi parteneri de a lucra împreună în situația psihoterapeutică. Atunci când relația centrată pe realitate interferează cu alianța psihoterapeutică, terapeutul poate oscila între cele două tipuri de relație.

3. Relația de tip transferențial. Este mult accentuată ca instrument psihoterapeutic de psihanaliză. Ea implică fixația afectivă a pacientului asupra persoanei terapeutului pe modelul relației părinte-copil. Nevoia afectivă a pacientului, satisfăcută prin intermediul relației centrate pe realitate, este deliberat frustrată de terapeut prin interpretarea transferului, pacientul fiind confruntat cu relația sa infantilă.

Mulți psihoterapeuți moderni non-analiști sunt de părere că numai în anumite situații terapeutul trebuie să încurajeze relația de tip transferențial și anume când intuiește că o asemenea relație cu aspect regresiv nu va împiedica testarea realității de către pacient, capacitatea sa de a diferenția realitatea de fantezie. Oricum, terapia nu se încheie până când terapeutul nu-l ajută pe pacient să lichideze dependența de tip transferențial.

Într-o psihoterapie de orientare eclectică, cele trei tipuri de relații terapeutice trebuie să fie bine conduse de către terapeut și echilibrate ca pondere.

Frank (1971) consideră, la rândul său, că toate sistemele psihoterapeutice au, indiferent de orientarea teoretică, niște elemente comune care stau la baza lor;

- *prezența unei descărcări de natură emoțională;*
- *existența raționalizărilor în cadrul interacțiunii pacient-terapeut;*
- *vehicularea unor informații noi care sunt transmise pacientului sub forma unor precepte, reguli de conduită, exemple de viață, sau pe care le descoperă pacientul însuși prin intermediul unei înțelegeri de natură intuitivă („insight”);*
- *întărirea expectațiilor pacientului că va obține suport afectiv și ajutor din partea terapeutului;*
- *întărirea experiențelor încununate cu succes;*
- *facilitarea deblocărilor emoționale.*

Aspecte variabile în psihoterapie

Wittkower și Warnes (1974) subliniau că, deși este cert că există trăsături comune ale diverselor sisteme de psihoterapie, nu trebuie minimalizate nici diferențele dintre acestea. Aceste diferențe sunt accentuate mai ales de acei creatori de sisteme de psihoterapie care simt nevoia să se delimiteze de ceilalți psihoterapeuți.

Au existat și studii experimentale care au comparat diverse sisteme de psihoterapie între ele. Astfel, s-a ajuns la concluzia că, de pildă, psihoterapia de orientare analitică diferă semnificativ de cele de tip comportamentalist sub aspectul concepției teoretice și al tehnicii aplicate.

O altă problemă care se ridică este aceea că nu orice tip de tratament și, cu atât mai puțin, cel psihoterapeutic, este potrivit pentru orice individ și respectiv pentru orice situație psihopatologică. Din acest motiv specialiștii s-au ocupat, printre altele, și de studiul sistematic al criteriilor pentru selecția pacienților pentru diverse tipuri de psihoterapie.

Watson (1963) descrie câteva dintre criteriile principale în funcție de care se pot diferenția diverse sisteme psihoterapeutice:

1. Psihoterapia este privită de unii specialiști ca demers științific iar de alții ca o artă.

Așa cum este practică astăzi, psihoterapia își are rădăcinile în culturile străvechi și mai poartă în mare măsură amprenta tradițiilor arhaice. Unii specialiști sunt de părere că nici în ziua de azi psihoterapia nu este un demers pe deplin științific. Variabilele care intervin în cursul demersului psihoterapeutic sunt atât de complexe, iar interdependența acestora atât de complicată, încât experiența psihoterapeutică este unică în felul ei, fiind în aceeași măsură atât artistică, cât și științifică. Oricum, unul dintre obiectivele importante ale psihoterapiei constă în îmbogățirea cu elemente științifice, obiective ale demersului psihoterapeutic artistic.

Psihoterapia nu deține încă un sistem conceptual suficient de bine integrat și nu posedă o abordare sistemică unitară a problematicii pacientului. De asemenea, nu există o concepție standard referitoare la natura psihoterapiei, concepție care să fie acceptată de majoritatea specialiștilor.

2. Personalitatea psihoterapeutului – ca factor de diferențiere a diferitelor sisteme psihoterapeutice.

Personalitatea psihoterapeutului reprezintă, fără îndoială, un factor important în evoluția relației interpersonale pe care o presupune psihoterapia. Rezultatele favorabile sau nefavorabile ale psihoterapiei depind în mare măsură de particularitățile personalității psihoterapeutului.

S-a afirmat, chiar adesea, faptul că psihoterapeutul potrivit va obține rezultate bune chiar cu o metodă psihoterapeutică proastă, în timp ce un terapeut nepotrivit va avea eșecuri și cu o metodă psihoterapeutică adecvată.

Desigur, această afirmație este mult exagerată, dar, cu toate acestea, ea conține un dram de adevăr. Chiar și diferențele de puncte de vedere în cadrul unei școli psihoterapeutice, cum ar fi diferențele de vedere dintre psihanaliști sunt în mare măsură datorate diferențelor de personalitate dintre aceștia. Oberndorf (1946) sublinia faptul că diferențele de accent pe care le pun diverși psihanaliști asupra unor aspecte sau a altora în cadrul doctrinei și practicii psihanalitice au la bază elemente ale talentului și abilității clinice manifestate de fiecare psihoterapeut. Dorițele și expectațiile psihoterapeutului fixează – într-o măsură mai mare sau mai mică – obiectivele psihoterapiei și modelul de personalitate de care pacientul trebuie să se apropie ca rezultat al psihoterapiei. Dacă terapeutul este înclinat să dorească o modificare totală a personalității pacientului, el va fi înclinat să depună toate eforturile pentru a atinge acest obiectiv. Dacă expectațiile sale sunt mai modeste, el va acționa în conformitate cu acestea. De exemplu (Watson, 1963), un terapeut va considera că demersul său este încununat de succes dacă un homosexual s-a împăcat cu deviația sa, în timp ce altul este convins că orice altă situație, cu excepția trecerii la heterosexualitate, este un eșec terapeutic.

3. Diferențe între diversele școli psihoterapeutice în ceea ce privește pregătirea de bază și antrenamentul profesional al psihoterapeutului.

Aceste diferențe sunt puse în evidență de faptul că un psihiatru, de pildă, are tendința (deși acest fenomen nu este obligatoriu) să abordeze pacienți cu afecțiuni psihice mai severe. Psihologul, în schimb, are tendința (deși nici aici nu putem face o generalizare prea largă) de a aborda cazuri mai ușoare.

4. Diferențe între diversele metode de psihoterapie reprezentând natura problemelor de rezolvat.

Procedeele și metodele aplicate în cursul psihoterapiei nu țin doar de structura personalității psihoterapeutului, ci și de problemele și de personalitatea pacientului, de condițiile în care se desfășoară psihoterapia, de severitatea simptomelor, cât și de multitudinea de alți factori. Metodele aplicate în cazul unui elev cu dificultăți școlare diferă de cele aplicate în cazul unui nevrotic vârstnic sau al unui psihotic aflat în faza de remisiune.

Varietatea problemelor umane pe care le ridică pacienții reprezintă tot atâtea surse de diferențiere în ceea ce privește metodologia și tehnica psihoterapeutică.

5. Diferențe între diversele sisteme psihoterapeutice datorate unor factori limitativi exteriori actului psihoterapeutic.

➤ Knight (*cit. Watson, 1963*) descrie o serie de factori care limitează obiectivele ce pot fi atinse în urma psihanalizei, factori ce intervin și în alte sisteme psihoterapeutice.

a) Nivelul intelectual al pacientului

Desigur, eficiența cognitivă poate fi îmbunătățită dacă individul este mai puțin nevrotic și deci mai puțin sfâșiat de conflicte, dar cu toate acestea nivelul nativ al inteligenței nu poate fi modificat.

b) În urma curei psihanalitice nu pot să apară talente sau abilități pe care pacientul nu le-a avut măcar în plan potențial. Ca și în cazul eficienței cognitive, se poate însă spera deblocarea unor resurse latente care nu au funcționat din cauza anxietății și inhibițiilor pacientului.

c) Este de la sine înțeles că nu putem spera ca prin psihanaliză să se modifice aspectul fizic al pacientului (cel mult o scădere ponderală în cazurile de obezitate ușoară), sau să se rezolve eventualele handicapuri pe care le are acesta în plan fizic. Putem cel mult spera ca el să se adapteze mai bine la defectul său.

d) Succesele psihoterapiei sunt limitate și de dificultățile, stresurile și frustrările vieții cu care pacientul trebuie să se confrunte permanent în ciuda celor învățate în cursul psihoterapiei. Chiar și cel mai bine psihanalizat pacient poate claca dacă i se întâmplă o nenorocire de proporții, așa cum se poate întâmpla și unei persoane normale, care nu a fost niciodată nevrotică.

e) Statutul social-economic al pacientului limitează, la rândul său, accesul unei largi categorii de persoane la psihoterapie și mai ales la psihoterapiile de lungă durată, cum ar fi psihanaliza.

6. Diferența între diversele școli psihoterapeutice în ceea ce privește abordarea relației psihoterapeut – pacient.

Deși are multiple aspecte comune, relația pacient – terapeut poate fi utilizată în mod diferit, în funcție de orientarea teoretică a psihoterapeutului.

➤ Allen (cit. Watson, 1963) diferențiază următoarele modalități de utilizare a relației psihoterapeutice:

• **modalitatea autoritară**, în care psihoterapeutul îi spune pacientului ce are de făcut, îi stabilește planurile și programe de recuperare orientate spre înfrângerea dificultăților sale. O formă mai puțin directă de utilizare a manierei autoritare o reprezintă aplicarea sugestiilor terapeutice în stare de veghe sau în stare de hipnoză.

Acest gen de terapie, bazat pe autoritate, se aseamănă în mare măsură cu tratamentele efectuate cu mijloace exterioare cum ar fi, de pildă, utilizarea medicamentelor;

• o altă modalitate de utilizare a relației psihoterapeutice este denumită de Allen „**genetică**” sau „**cauzală**”. Această abordare tinde să utilizeze relația psihoterapeutică pentru a ajunge la sursa istorică a problemelor și dificultăților pacientului. Se urmărește conștientizarea unui conținut inconștient, a unor nevoi și impulsuri reprimite, se retrăiește experiența trecută a pacientului în cadrul relației psihoterapeutice, în scopul de a elibera anxietatea acumulată în cadrul unor experiențe timpurii ale pacientului. Accentul cade pe relația de tip transferențial care stă la baza producerii insight-ului psihoterapeutic. Se analizează ceea ce a fost pacientul în cursul istoriei vieții sale, pentru a-l ajuta să-și clarifice conflictele care stau la baza structurii eului actual. O asemenea înțelegere și utilizare a relației psihoterapeutice este specifică terapiei psihanalitice;

• a treia modalitate de concepere a relației psihoterapeutice este aceea prin care această relație este privită ca o experiență directă, imediată. Psihoterapeutul își

începe demersul abordând pacientul așa cum este el în acel moment și caută să-l ajute să-și dezvolte disponibilitățile latente astfel încât să-și accepte și să-și utilizeze eul în mod mai creativ. Deși ceea ce a fost rău rămâne în atenția terapeutului, acesta manifestând înțelegere față de dificultățile pacientului, accentul cade pe ce trebuie să facă individul pentru a depăși situația negativă, pentru a înlătura ceea ce a fost și mai este încă rău. Această abordare este specifică psihoterapiei **non-directive**.

7. Diferențe între diversele școli psihoterapeutice și în ceea ce privește necesitatea psihodiagnozei realizate înainte de începerea psihoterapiei. Dacă majoritatea autorilor sunt de părere că o cunoaștere psihologică a pacientului este absolut necesară, există și opinii contrare. De pildă, Rogers – părintele psihoterapiei non-directive – respinge psihodiagnoza pe care o consideră prea autoritară.

Aprecierea lui Rogers poate fi valabilă, într-o oarecare măsură, în cazul unor afecțiuni nevrotice sau psihosomatice care ar putea beneficia de avantajele unei psihoterapii non-directive, dar acest principiu nu poate fi aplicat în cazul pacienților psihotici, cu tulburări neurologice, la unii psihopați sau la pacienții cu risc suicidar. Mulți autori sunt de părere că aceste categorii de pacienți nici nu trebuie să fie acceptate pentru a urma o psihoterapie non-directivă.

8. Diferențele între diversele sisteme psihoterapeutice rezultă și din analiza criteriilor care stau la baza clasificării diverselor sisteme de psihoterapie.

➤ Harper (1975) trece în revistă peste 36 de sisteme de psihoterapie pe care le împarte în două mari categorii: psihoterapii orientate în principal pe latura emoțional-afectivă și psihoterapii cognitive.

➤ Rychlak (1969) clasifică sistemele psihoterapeutice în funcție de concepția filosofică aflată la baza lor:

- psihoterapii mecaniciste;
- psihoterapii umaniste.

➤ Watson (1963) discută și el diferențele existente între psihoterapiile reconstructive și cele de suport, precum și între cele de profunzime și cele centrate pe simptom;

a) *Psihoterapia reconstructivă în opoziție cu psihoterapia suportivă*

Termenul de psihoterapie de reconstrucție se utilizează pentru a denumi acele tehnici psihoterapeutice care își propun ca obiectiv modificarea structurii personalității subiectului. Psihoterapia de suport nu își propune asemenea obiective temerare, ci doar să-l susțină pe individ să depășească anumite situații de criză. Delimitarea între psihoterapia de reconstrucție (dintre care cea mai cunoscută este psihoterapia psihanalitică) și cele suportive este doar relativă, pentru că psihoterapiile de reconstrucție conțin elemente suportive; iar psihoterapiile suportive contribuie într-o oarecare măsură la producerea unor modificări în sfera personalității pacientului.

De regulă, psihoterapiile de reconstrucție sunt denumite de specialiști „psihoterapii de dezvăluire” sau „de insight” în timp ce „terapiile de suport” mai pot fi denumite și „psihoterapii de acoperire”, deoarece, în cazul acestora, pacientul este ajutat prin diverse metode cum ar fi încurajarea, sfătuirea, sugestia, hipnoza (excepție face parte tehnica hipnoanalizei) să uite de problemele sale principale, să-și ignore și să-și reprime dificultățile.

Trebuie subliniat încă o dată faptul că, centrale sau periferice, elementele suportive sunt prezente în orice psihoterapie.

În cadrul unor tehnici de psihoterapie suportul nu este nimic altceva decât un rezultat secundar al relației pacient – terapeut, cum se întâmplă de pildă în cadrul psihanalizei clasice. Psihoterapiile suportive utilizează susținerea pacientului nu în mod episodic și accidental, ci ca tehnică aplicată constant și deliberat, prin administrarea unor sfaturi, asigurări, prin acordarea simpatiei, încurajărilor și recompenselor emoționale pacientului aflat în terapie.

Ceea ce se înțelege în mod frecvent prin consiliere nu este altceva decât psihoterapie suportivă. Consilierea presupune, de regulă, un număr mai redus de ședințe, se ocupă mai ales de tulburări cu caracter reactiv și mai puțin de conflicte intrapsihice serioase, pune accent pe factorii de natură intelectuală și abordează în general cazuri cu tulburări mai puțin severe.

Scopul psihoterapiei suportive este să-l ajute pe pacient să învețe cum trebuie să trăiască mai adaptat la propriile sale dificultăți sau să-l ghideze pe acesta în traversarea unei perioade de stres, căreia trebuie să-i facă față mai bine.

După Frenck și Alexander (1946) psihoterapia suportivă este indicată în două categorii opuse de situații: una în care nu este necesară o modificare a personalității pacientului, eficiența acestuia fiind doar temporar perturbată de condiții exterioare neprielnice, iar cea de-a doua – în care perturbarea de personalitate este atât de puternică încât este greu de presupus că s-ar mai putea produce o schimbare structurală a pacientului.

b) Psihoterapii de profunzime, în contrast cu psihoterapiile exclusiv pe simptom

Simptomul reprezintă încercarea spontană și de cele mai multe ori inconștientă a pacientului de a se adapta dificultăților vieții. Clinicianul le consideră adesea nu ca semnificative prin ele însele ci ca indicatori ai unei dezadaptări de mai mare profunzime. Simptomele sunt considerate ca modalități prin care se exprimă perturbările din sfera personalității pacientului. Dacă această structură de personalitate se echilibrează și se armonizează dispar și simptomele.

Deși simptomele nu reprezintă obiectul final al unei psihoterapii de profunzime, aceasta nu înseamnă că nu există demersuri psihoterapeutice centrate direct pe simptom. În cadrul acestora psihoterapeutul își propune scopuri mai modeste și limitate care presupun nu reconstrucția personalității pacientului ci eliberarea de un simptom deranjant. Asemenea obiective pot fi stabilite atunci când unele condiții exterioare se opun unei terapii de mai mare profunzime, condiții cum ar fi lipsa timpului sau a unor resurse financiare din partea pacientului. Există și situații în care psihoterapeuții contraindică o psihoterapie mai profundă pentru că resursele

psihologice ale pacientului sunt limitate sau acesta poate fi astfel structurat încât un tratament care ar pătrunde în abisurile personalității sale să nu fie de dorit.

De asemenea, diverse situații de viață pot impune un tratament simptomatic, ca de pildă în cazul în care simptomul este deosebit de sever și invalidant, cum ar fi în cazul unor atacuri de panică. Terapia centrată pe simptom se practică pe o scară destul de largă. Eliberat de simptomul deranjant, individul capătă o anumită libertate de acțiune și adesea această eliberare reprezintă singurul obiectiv pe care el îl așteaptă de la psihoterapeut.

Există, desigur, pericolul ca înlăturarea simptomului să lase pacientul fără un substitut adecvat de adaptare la situația psihotraumatizantă, aceasta petrecându-se mai ales atunci când nu au fost abordate conflictele și problemele mai profunde ale pacientului. Unul din consecințele posibile ale psihoterapiei centrate exclusiv pe simptom este substituția de simptom, adică apariția altui simptom, uneori chiar mai sever decât cel care a fost înlăturat. Din fericire, astfel de situații nu apar prea frecvent în cursul psihoterapiei.

➤ Frank (1946) consideră că tratamentul psihoterapeutic centrat pe simptom nu trebuie minimalizat cel puțin pentru următoarele rațiuni:

1. Se realizează un atac frontal asupra procesului psihopatologic.
2. Înlăturarea simptomului poate facilita abordarea tulburării care stă la baza producerii lui.
3. Înlăturarea simptomului conduce la dispariția tulburărilor emoționale care rezultă din experiența acestuia (sunt secundare simptomului).
4. O dată ce simptomul a fost înlăturat are loc o modificare în sens pozitiv a atitudinii pacientului față de psihoterapeut.

Oricum, dacă este ceva de reproșat tratamentului centrat exclusiv pe simptom, aceste reproșuri trebuie adresate într-o măsură mai mare tratamentului psihiatric medicamentos care, departe de a ajunge la rădăcinile problemei psihologice ale pacientului, nu face decât să înlătore simptomele fără a oferi persoanei o soluție mai bună de viață. Astfel de tratamente sunt, de pildă, tratamentele cu antidepressive, anxiolitice, tranchilizante sau analgezice.

Karasu (1980) clasifică sistemele psihoterapeutice în raport de trei concepte de bază, fiecare școală psihoterapeutică pivotând, cu precădere, în jurul unuia din aceste concepte. Cele trei concepte – criterii sunt: dinamic, comportamental și experiențial.

Fiecare concept în funcție de care autorul împarte sistemele psihoterapeutice constituie de fapt un domeniu tematic, un sistem de referință în raport de care este interpretată natura relației terapeut – pacient.

Categoriile profesionale care practică psihoterapia

Multe categorii profesionale au dat sau dau sfaturi oamenilor tulburați emoțional, realizând un fel de psihoterapie empirică. Medici de diverse specialități realizează acest lucru suplimentar pe lângă preocuparea lor de bază pentru

sănătatea fizică a oamenilor chiar și atunci când, în cadrul specialității lor, au puține cunoștințe psihologice și puțin timp la dispoziție pentru consiliere.

În țările dezvoltate medicii au însă cunoștințe suficiente pentru a recunoaște o afecțiune psihică și pentru a trimite pacientul la un serviciu de specialitate.

O altă categorie profesională care se ocupă de problemele emoționale ale oamenilor o reprezintă clericii. În unele țări preoții primesc chiar o anumită instrucție psihologică pentru a fi mai competenți în rezolvarea problemelor enoriașilor, în timp ce alții se limitează doar la sfaturi care privesc problemele religioase.

Să vedem care este situația în Statele Unite, țara cu cea mai dezvoltată tradiție în domeniul psihoterapiei? (Coleman; Butcher; Carson, 1984). În S.U.A. cei care fac psihoterapie propriu-zisă, de nivel științific și sunt special pregătiți pentru asta, sunt profesioniștii din domeniul sănătății mentale: psihiatrii, psihologii clinicieni și – pentru problemele mai simple – asistenții sociali din cadrul respectivelor servicii.

Psihiatrul care practică psihoterapia este absolvent al Facultății de medicină, doctor în științe medicale și are o specializare de cel puțin trei ani în psihiatrie și a urmat unul sau mai multe cursuri de psihoterapie fiind supervizat de un psihoterapeut competent.

Psihologul clinician care practică psihoterapia este absolvent al unei facultăți de psihologie, doctor în psihologie, cu specializarea în domeniul psihologiei clinice, psihopatologiei, teoriilor personalității, consilierii psihologice și psihoterapiei.

Mulți psihologi clinicieni obțin o instruire specială în psihoterapie în afară de instruirea în domeniul psihopatologiei și a psihologiei clinice.

Asistenții sociali din S.U.A. sunt, de regulă, pregătiți la nivel mediu în domeniul științelor sociale, dar pot avea și pregătire universitară sau doctorat de la o școală superioară de asistență socială.

În S.U.A. asistenții sociali se ocupă mai mult de consilierea familială, supraveghează și evaluează aspectele din teren și în unele situații chiar aplică unele tehnici psihoterapeutice pentru care au calificarea necesară (se preocupă de măsura în care condițiile sociale care întrețin tulburarea pot fi ameliorate).

La noi în țară, psihoterapia este practică de către psihologi și medicii atestați de Colegiul Psihologilor din România. Medicii cu drept de liberă practică în domeniul psihoterapiei pot fi atestați și de către Federația Română de Psihoterapie.

Formarea psihoterapeuților are loc în cadrul unor școli de psihoterapie, dintre care menționăm câteva: Societatea de Psihoterapie Experiențială (Iolanda Mitrofan,), Asociația de Psihanaliză (Ileana Antonescu Botezatu Augustin Cambozie, Eugen Papadima, Veronica Șandor, Vasile Zamfirescu), Asociația de psihoterapie analitică jungheană (Mihaela Minulescu), Asociații de psihoterapie cognitiv comportamentală (Dan David, Irina Holdevici, Oltea Joia, Radu Teodorescu, Teofil Andriescu), Asociații de hipnoză clinică, relaxare și terapii ericksoniene (Ion Dafinoiu, Irina Holdevici, Mircea Miclea), asociații de psihodramă, psihoterapie de familie, analiză tranzațională etc. Unele școli

terapeutice includ în cadrul formării profesionale și programe de pregătire tip masterat.

Domeniul psihoterapiei cuprinde o gamă largă de școli terapeutice, bazate pe diverse sisteme teoretice și care includ o multitudine de strategii specifice.

Prezentăm în continuare câteva orientări mai bine conturate și mai cunoscute:

Sistemul de psihoterapie	Concepția teoretică	Tehnicile de terapie utilizate
Terapiile de orientare psihodinamică (Sigmund Freud, Alfred Adler, Carl Gustav Jung, neopsihanaliștii)	Ființa umană este determinată de energia psihică de natură inconștientă și de experiențele timpurii. Motivațiile și conflictele inconștiente joacă un rol însemnat în explicarea comportamentului actual. Dezvoltarea timpurie a personalității are o importanță crucială pentru că problemele de personalitate viitoare își au originile în conflictele reprimite în copilărie. Obiectivul terapiei constă în a aduce la nivelul conștiinței conținuturile inconștiente („insight”) în vederea restructurării profunde a personalității.	Principalele tehnici utilizate sunt interpretările, asociațiile libere, analiza viselor, analiza rezistențelor și a transferului. Acestea au rolul de a-i ajuta pe clienți să aibă acces la conflictele de natură inconștientă, ceea ce produce „insight-ul” (iluminarea) și integrarea elementelor descoperite în structurile ego-ului.
Terapiile experiențiale Carl Rogers, Victor Frankl, Rollo May, Irvin Yalom, Laura Perls	Consideră că ființa umană are posibilitatea de a deveni conștientă și liberă să-și hotărască propriul destin. Pun accentul pe capacitatea de autodeterminare a clientului, pe tendința lui firească spre sănătate și evoluție spirituală. Starea de sănătate mentală este privită ca o congruență dintre eul real și cel ideal. Terapia este focalizată asupra momentului prezent („aici și acum”) și presupune trăirea experienței actuale și exprimarea sentimentelor. Demersul terapeutic are menirea de a-i ajuta pe oameni să înțeleagă	Terapeutul împrumută tehnici și strategii din alte sisteme terapeutice, accentul fiind pus pe atitudinea nonevaluativă a terapeutului de înțelegere, empatie și respect față de client. Tehnicile specifice sunt ascultarea activă, reflecția, clarificarea și sprijinirea clientului să trăiască experiența imediată.

	faptul că dispun de libertate interioară, să conștientizeze propriile posibilități, identificând factorii care îi blochează și îi împiedică să devină personalități plinar dezvoltate, deschise, spontane și creative.	
Terapiile comportamentale și cognitiv-comportamentale Arnold Lazarus, Albert Bandura, Albert Ellis, Aron Beck	Oamenii au tendința de a-și forma un stil de gândire defectuos care generează tulburări în plan emoțional și comportamente de tip dezaptativ. Gândurile și convingerile sunt responsabile de modul în care subiectul simte și acționează. Terapia este privită ca un demers de tip educațional care presupune formarea și exersarea unor deprinderi de comportament adecvat, învățarea unor noi modalități de a gândi și formarea unor abilități de a face față problemelor vieții. Obiectivele terapiei constau în identificarea și înlocuirea modelelor iraționale de a gândi, înlăturarea comportamentelor problematice și înlocuirea lor cu unele adaptative.	Strategiile terapeutice utilizate sunt desensibilizarea sistematică, relaxarea, întărirea, modelarea, restructurarea cognitivă (prin intermediul dialogului socratic, al verificării gradului de veridicitate a gândurilor și convingerilor iraționale și al înlocuirii lor cu unele realiste), sarcinile în plan comportamental, monitorizarea stărilor emoționale și a comportamentului și dezvoltarea unor deprinderi de rezolvare de probleme de comunicare asertivă.
Terapiile sistemice de familie Salvador Minuchin, Jay Halleey, Cloe Madanes	Familia este văzută într-o perspectivă sistemică, terapia focalizându-se asupra familiei ca un tot unitar. Comportamentul disfuncțional al unui client are drept cauză interacțiunile defectuoase din cadrul unor sisteme relaționale din care face parte acesta. Demersul terapeutic are drept scop ajutarea membrilor familiei să conștientizeze modele disfuncționale de	Sunt utilizate o serie de tehnici terapeutice, în funcție de orientarea teoretică a autorilor. Acestea pot fi de tip experiențial, cognitiv sau comportamental și au drept obiectiv producerea schimbării la nivelul sistemului familial într-un timp scurt. Principalele tehnici sunt: trasare de

	interacțiune și să le înlocuiască cu unele adaptative. Unele abordări se ocupă și de rezolvarea unor probleme specifice care au adus familia la psihoterapie.	tehnici, reetichetare, intervenție paradoxală, restructurare, elaborarea „hărții” (diagramei) familiei, stabilirea unor limite etc.
--	---	---

ANALIZA COMPARATIVĂ ÎNTRE PRINCIPALELE SISTEME TERAPEUTICE

Dacă în anul 1920 psihanaliza freudiana era singura metodă de psihoterapie cunoscută, la ora actuală își desfășoară activitatea un număr impresionant de terapeuți, aparținând unor orientări teoretice diferite. Problema care se pune este cum anume poate un client să aleagă psihoterapia potrivită pentru el.

Un studiu realizat încă în anii 1950 a evidențiat faptul că terapeuții experimentați de diverse orientări au obținut rezultate mai bune și au mult mai multe puncte comune decât cei neexperimentați din cadrul aceleași orientări. Elementele comune la care s-au referit autorii studiului țin de unele aspecte ale relației terapeutice: înțelegerea empatică, respectul, căldura afectivă și acceptarea clientului (Fiedler, 1950).

Studii de dată mai recentă au condus la concluzii asemănătoare (Lieberman, Yalom și Miles, 1973; Truax și Carkhuff, 1984).

Les Parrott (2003, p. 197) identifică, la rândul său, factorii comuni ai diverselor sisteme de psihoterapie, indiferent de orientarea teoretică a autorilor.

1. Dezvoltarea expectațiilor pentru schimbare

Majoritatea terapeuților sunt de acord cu ideea că succesul terapiei depinde în mai mare măsură de nivelul expectațiilor clientului decât de utilizarea unor tehnici specifice.

2. Reducerea disconfortului emoțional

Clienții care se prezintă la cabinetele de psihoterapie sunt nefericiți, trăind stări de anxietate, depresie, fobii obsesii sau stări de panică.

Indiferent de natura tulburării terapeuții de orientări diferite se străduiesc să-i ajute pe clienți să se elibereze de aceste simptome.

Nu toți terapeuții se străduiesc însă, în aceeași măsură, să elimine total disconfortul clientului, pentru a nu-i diminua motivația în direcția realizării unor schimbări mai profunde în structura personalității.

Relația psihoterapeutică reprezintă elementul cheie prin care se pot reduce simptomele fără a demotiva clientul.

3. Facilitarea insight-ului (iluminării)

Dacă Freud considera insight-ul doar din perspectiva aducerii în conștiință a unor conținuturi inconștiente, terapeuții moderni, aparținând altor orientări înțeleg prin insight o mai bună autocunoaștere realizată de client.

Înțelegând motivele pentru care acționează într-un anumit fel, clientul va avea posibilitatea să pună în acțiune noi modele de comportament cu caracter adaptativ.

Terapeuții din cadrul tuturor școlilor de psihoterapie se preocupă să-i ajute pe clienți să se autoobserve și să se „autocunoască”.

4. Încurajarea catharsis-ului (descărcările emoționale)

Majoritatea terapeuților îi încurajează pe clienți să-și exprime liber emoțiile în timpul ședinței de psihoterapie, faptul ce le produce acestora un sentiment de ușurare.

Odată exprimate, emoțiile vor fi procesate terapeutic pentru a lucra în favoarea și nu în defavoarea clientului.

5. Oferirea de informații

Terapeutul va oferi clientului noi informații pentru a umple golurile existente sau pentru a corecta distorsionările în modul de înțelegere și autocunoaștere al clientului. Aceste informații oferite în timpul ședințelor de psihoterapie sau prin intermediul unor materiale bibliografice sau audiovizuale, modifică perspectiva clientului, ajutându-l să realizeze faptul ca problema sa este rezolvabilă.

În anul 1995 Asociația Psihologilor Americani a comandat un studiu pentru a constata câți oameni se adresează serviciilor de consiliere și psihoterapie. Rezultatele au evidențiat faptul că 46% dintre cei intervievați s-au adresat unui specialist în probleme de sănătate mintală măcar odată în viață.

Un alt studiu similar a pus în evidență un procent de 33%.

Privind în urmă la studiul din 1957 care a găsit doar 13% dintre subiecți care s-au adresat terapeutului (Cavaliere, 1995) se poate constata faptul că prejudecățile legate de consultarea unor asemenea cabinete s-au redus simțitor, oamenii constatând că solicitarea ajutorului psihologic le permite să-și rezolve problemele.

Desigur numărul crescut de clienți ai psihoterapiei nu coincide cu cel al persoanelor care au obținut succese de pe urma terapiei.

Unul dintre primele studii referitoare la eficiența consilierii a fost realizat de Hans Eysenck (1952) care a analizat 19 rapoarte referitoare la mai mult de 7000 de cazuri. (Les Parrott, 2003 p. 401).

Rezultatul obținut în acea perioadă conducea la concluzia că psihoterapia nu este mai eficientă decât absența oricărei intervenții, fapt ce a produs controverse printre specialiști și a stimulat cercetările ulterioare.

Meltzoff și Kornreich (1971) au ajuns la concluzii mai optimiste și anume că psihoterapia este mai eficientă decât non-intervenția.

Bergin și Lambert (1978) au reluat studiile lui Eysenck și au constatat că și pacienții netratați au beneficiat de ajutor din partea prietenilor, medicilor, profesorilor sau unor clerici.

Sloane și colaboratorii (1975) au comparat pacienți tratați prin intermediul psihanalizei și terapiei comportamentale, cu subiecți netratați și au ajuns la concluzia că ambele sisteme terapeutice contribuie la reducerea simptomelor psihopatologice.

În 1977 Smith și Glass, analizând un număr mare de studii, au constatat că 75% dintre clienții terapiei se simt mai bine comparativ cu lotul martor.

S-a pus problema dacă aceste rezultate se datorează doar sugestiei (clienții cred că vor fi ajutați) sau țin de strategiile aplicate.

La această întrebare au răspuns Landman și Dawes (1982), care au ajuns la concluzia că angajarea în cadrul demersului terapeutic are un efect mult mai redus decât practicarea terapiei ca atare.

La universitatea din Pennsylvania a fost realizat un studiu în cadrul căruia au fost comparate terapiile psihodinamice, cognitive și comportamentale, concluzia fiind că aceste demersuri dau rezultate asemănătoare și că 80% dintre pacienți beneficiază de pe urma lor (Gabbard, 1995).

Un alt studiu amplu a fost publicat în anul 1995 în revista „Consumer Reports” sub titlul „Sănătate mintală”: „Este psihoterapia eficientă?”, studiu în care s-a demonstrat pe baza unor date clinice faptul că pacienții tratați cu ajutorul psihoterapiei beneficiază de pe urma acesteia, iar cei care se tratează mai mult obțin rezultate mai bune (Les Parrott, 2003, p.402)

O altă problemă care se pune este dacă o metodă de psihoterapie este mai bună decât alta.

Numeroase studii au demonstrat că nu există diferențe semnificative în ceea ce privește eficiența în diverse sisteme psihoterapeutice (Casey și Bermon, 1985; Cross, Sheehan și Khan, 1982; Diloreto, 1971; Garfield, 1983; Michelson, 1985; Smith, Glass și Miller, 1980)

Alți autori contestă aceste concluzii (Eysenck, 1985; Pirolean, Murdoc și Brady, 1983; Shapiro, 1985) afirmând că această problemă complexă nu a fost încă rezolvată.

Se poate afirma însă, pe baza observațiilor clinice, că anumite metode de terapie sunt mai potrivite pentru anumiți clienți.

Astfel, terapia psihanalitică se potrivește mai bine persoanelor interesate de autocunoaștere și autoanaliză, care doresc să-și rezolve conflictele intrapsihice și să aibă relații armonioase cu ceilalți. Pe de altă parte, terapia comportamentală pare mai eficientă în cazul celor cu probleme clar delimitate în sfera conduitei, cum ar fi fobiile.

Terapia cognitivă dă rezultate bune în cazul depresiilor ușoare și moderate sau în atacurile de panică.

Probabil cel mai bun predictor pentru eficiența terapiei este motivația clientului pentru schimbare.

Les Parrott (2003, p.403) afirmă că „este suficient un singur terapeut pentru a schimba un bec, dacă becul dorește să fie schimbat”.

Studiul din revista „Consumer Reports” postulează faptul că terapiile de lungă durată sunt mai eficiente, dar această concluzie este criticată de alți specialiști care susțin că acest lucru este valabil pentru așa-numiții „toxicomani ai psihoterapiei” care fac din terapie un mod de viață.

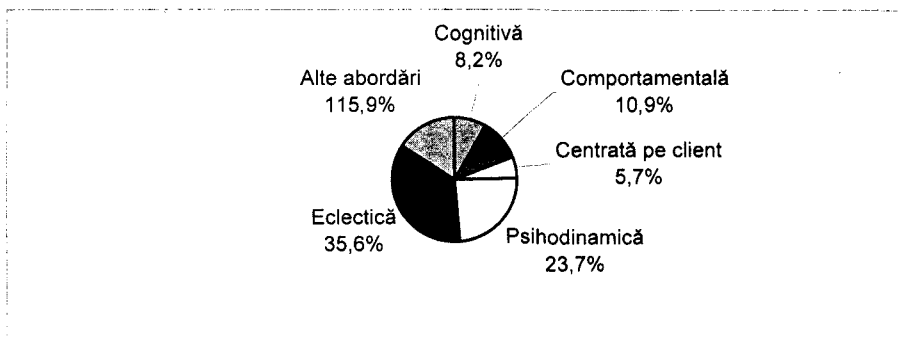
O altă problemă care se pune se referă la faptul că nu toți terapeuții sunt la fel de talentați și la fel de bine pregătiți, diferențele în ceea ce privește eficiența depinzând mai mult de calitățile terapeutului decât de școala căreia îi aparține.

Rezultatele psihoterapiei vor depinde așadar mai mult de relația terapeutică decât de orientarea teoretică a psihoterapeutului, terapeuții buni, răi sau mediocrii putând fi identificați în cadrul fiecărei orientări.

Ținând seama de aceste observații nu este de mirare că mulți terapeuți încep să depășească granițele sistemului lor teoretic, împrumutând strategii din cadrul altor orientări.

Începând cu anul 1970 studiile au evidențiat faptul că tot mai mulți terapeuți se îndreaptă către abordări cu caracter eclectic (Jensen, Bergin și Greaves, 1990; Norcross și Prochaska, 1982; Smith, 1987).

În diagrama de mai jos sunt prezentate studiile realizate pe un număr de 415 consilieri și psihologi clinicieni (Smith, 1982) și 479 consilieri (Norcross și Prochaska, 1982), studii care evidențiază că abordările cel mai des utilizate sunt în ordine: eclectică, psihodinamică, cognitivă și centrată pe client (Les Parrott, 2003, p. 406).



Revista internațională de psihoterapie eclectică și Societatea pentru investigarea tendințelor integrative în psihoterapie, apărute relativ recent în S.U.A reprezintă alte argumente în favoarea tendinței spre ecletism.

Orientarea eclectică se caracterizează prin aceea că terapeuții și consilierii stăpânesc diverse teorii psihologice și utilizează strategii diferite aparținând acestora, în funcție de nevoile clienților.

Termenul eclectic nu înseamnă absența unei orientări sau obiective și tehnici utilizate la întâmplare, care ar produce mai mult rău decât bine.

Eficiența unui demers cu caracter eclectic răspunde la întrebările: ce strategie terapeutică utilizăm, când, unde și cum (Harman, 1977).

Les Parrott (2003) subliniază faptul că terapiile cu caracter eclectic pot îmbrăca mai multe forme: psihodinamice, comportamentale și umaniste, combinațiile realizându-se în funcție de stilul fiecărui terapeut sau particularitățile fiecărui caz în parte.

Același autor (Les Parrott, 2003, p.75 – 76) propune terapeuților și consilierilor începători să reflecteze asupra următoarelor probleme:

Terapeutul trebuie să lucreze numai cu acei clienți de care îi pasă și care îi plac.

Acesta trebuie să se bazeze în activitatea sa pe un sistem de norme și valori.

A da sfaturi reprezintă una dintre atribuțiile cele mai importante ale terapiei.

Confidențialitatea trebuie să fie absolută; terapeutul nu trebuie să dezvăluie nimic din ceea ce afirmă clientul în timpul terapiei.

Sănătatea mintală a terapeutului reprezintă variabila cea mai importantă care determină succesul terapiei.

Terapia și consilierea sunt destinate subiecților care nu fac suficient de bine față existenței.

Terapeutul trebuie să fie deschis, onest și transparent față de clienții săi.

Este necesar să cunoaștem originile și cauzele problemelor înainte ca persoana să se schimbe.

Pentru a fi eficient, un terapeut trebuie să manifeste o atitudine de acceptare totală față de clientul său.

„Insight”-ul (iluminarea) intelectual este necesar pentru ca subiectul să se modifice.

A adresa întrebări reprezintă un demers util în terapie și consiliere.

Un terapeut trebuie să admită rareori momente de tăcere penibilă în cursul ședinței de terapie.

Terapeutul sau consilierul trebuie să joace mai curând rolul de profesor care îl învață pe client să-și însușească noi deprinderi de a face față provocărilor vieții.

Confruntarea produce o mare suferință psihică și din acest motiv este mai bine ca subiectul să fie supus acestui demers atunci când se simte pregătit.

În timpul ședințelor de terapie nevoile personale ale terapeutului nu sunt importante.

Pentru a fi eficient, terapeutul trebuie să aibă multă putere de convingere.

Un bun terapeut se naște, nu se creează.

Cel mai mare dar pe care îl poate primi clientul este un sfat bun.

Consilierea și terapia trebuie focalizate mai mult asupra prezentului decât a trecutului.

Obiectivul important al terapiei și consilierii constă în a găsi soluții la problemele de viață.

Un al doilea obiectiv este schimbarea comportamentului.

Un al treilea obiectiv este acela de a-i învăța pe oameni să gândească rațional.

O terapie mai eficientă durează un timp mai îndelungat.

Pentru a fi un bun terapeut sau consilier, un subiect trebuie să fi urmat, la rândul său, o procedură terapeutică.

Este indicat ca terapeutul să-și asculte instinctul pentru că maniera în care el îl percepe pe client este probabil corectă.

ASPECTELE DEONTOLOGICE ALE PSIHOTERAPIEI ȘI CONSILIERII PSIHOLOGICE

Consilierii și psihoterapeuții care nu sunt conștienți de normele etice ale profesiei lor precum și de aspectele legale ale acesteia, pot face mai mult rău decât bine, în ciuda intențiilor lor pozitive, (Gladding, Remley și Huber, 2001; Remley, 1991).

Normele etice se referă la principiile morale pe care se bazează relația dintre terapeut și client.

Levenson, 1986; Pope și Vetter, 1992 și Swanson 1983 (apud Gladding, 2005, p. 226) consideră că principalele comportamente neetice ale terapeuților și consilierilor sunt următoarele:

- încălcarea regulii confidențialității;
- depășirea nivelului competenței personale;
- practicarea neglijentă a profesiei;
- afișarea unor expertize pe care specialistul nu le deține;
- impunerea propriilor sisteme de valori asupra clientului;
- crearea dependenței clientului față de terapeut;
- întreținerea de relații intime cu clientul;
- conflictul de interese (relații cu caracter dual);
- acorduri financiare dubioase (costuri exagerate ale serviciilor oferite)
- reclamă neadecvată.

Pentru a se evita apariția acestor situații, dar și pentru protecția terapeuților, fiecare asociație profesională își elaborează propriul cod deontologic care are următoarele funcții:

- să permită profesioniștilor să-și rezolve în mod autonom problemele, fără a fi controlați de organele de stat;
- să permită soluționarea conflictelor de natură internă și să asigure stabilitatea profesiei;
- să protejeze consilierii și terapeuții de clienți, mai ales în cazurile de malpraxis.

În marea lor majoritate, aceste coduri etice reglementează următoarele aspecte:

- natura relației dintre terapeut și client: responsabilitățile terapeutului, nevoile personale ale acestuia, maniera de a se comporta cu clienții turbulenți, costurile, încheierea intervenției etc.
- confidențialitatea relației terapeutice sau de consiliere;

- competențele profesionale ale specialistului; modalitatea de realizare a publicității;
- relațiile dintre terapeutul consilier și alți profesioniști;
- regulile după care se realizează evaluarea clientului (teste, scale de evaluare, interviuri etc.) precum și interpretarea sau comunicarea datelor obținute de la acesta;
- modalitățile de formare, atestare și perfecționare a terapeuților;
- aspecte legate de cercetarea științifică și publicarea rezultatelor obținute în urma cercetării;
- maniera de soluționare a litigiilor și conflictelor profesionale.

Din punct de vedere deontologic elementul esențial din cadrul relației terapeutice îl reprezintă încrederea, eficiența intervenției având un caracter direct proporțional cu nivelul de încredere dintre terapeut (consilier) și client.

Hackney și Cornier (2000) sunt de părere că terapeutul consilier are datoria de a furniza clientului următoarele informații:

1. Descrierea rolului de terapeut (consilier) și calificarea pe care o deține;
2. Explicarea modului în care funcționează demersul terapeutic (de consiliere), strategiile care vor fi aplicate și obiectivele acestora;
3. Descrierea oricărui posibil disconfort sau risc ce poate să apară;
4. Descrierea beneficiilor care pot fi așteptate în mod realist;
5. Prezentarea altor abordări sau strategii care ar putea fi utile;
6. Oferirea de răspunsuri la întrebările clientului referitoare la terapie (consiliere) în general, precum și la anumite proceduri specifice;
7. Explicarea necesității realizării unui acord prin care clientul se obligă să frecventeze cu regularitate ședințele de terapie sau consiliere psihologică.

Psihoterapeuții continuă să militeze împotriva ideii că ei ar dispune de anumite forțe magice care le-ar permite să realizeze miracole. Schultz (1982) era de părere că terapeuții trebuie să creeze la clienții lor expectații rezonabile în legătură cu ceea ce poate sau nu poate să facă psihoterapia (p. 95).

Specialiștii sunt de părere că orice relație extraprofesională a terapeutului cu clientul său trebuie evitată pentru că va conduce la complicații în cadrul terapiei, prin apariția unor roluri duale sau multiple care vor scădea nivelul de obiectivitate a intervenției putând chiar degenera în relații intime.

Problemele legate de confidențialitate creează psihoterapeuților cele mai frecvente dileme de natură etică (Pope și Vetter, 1992).

Confidențialitatea poate fi caracterizată ca o relație bazată pe încredere, relație în cadrul căreia clientul împărtășește terapeutului informații cu caracter confidențial sau secret, fiind convins că acesta din urmă nu le va împărtăși nimănui.

Chiar și informațiile care nu pot produce niciun prejudiciu nu trebuie dezvăluite (Abbels, 1992; Kornf, 1993). Este neetic, de pildă, să arătăm unui coleg

IQ-ul unui client, chiar dacă acest rezultat este cel mai bun din câte am întâlnit în decursul carierei noastre.

Dilemele etice despre care am vorbit apar atunci când terapeutul oscilează între ceea ce el consideră că este bine pentru client și ceea ce este bine pentru alte persoane implicate sau pentru societate în general.

Principiul confidențialității poate fi încălcat doar atunci când terapeutul nutrește convingerea bine fundamentată că persoana asistată se află într-o astfel de stare psihică încât prezintă un pericol pentru ea însăși (suicid) sau pentru alte persoane (omucidere, distrugere de bunuri, contaminare).

Astfel, de pildă, terapeutul va fi obligat să avertizeze partenerul de sex al unui pacient infectat cu HIV, dacă acesta refuză să o facă. (Cohen, 1990; Harding, Gray și Neal, 1993; Lamb, Clark, Drumheller, Frizzell și Surrey, 1989)

Berger (1982) afirmă că principiul confidențialității trebuie încălcat atunci când clientul prezintă un pericol pentru sine și pentru ceilalți, este angajat în activități criminale, atunci când i se cere acest lucru din partea unei instanțe judecătorești sau atunci când sunt apărute interesele unui copil sau ale unui adult care sunt victime ale abuzurilor de orice fel.

Carey (2001, p.57-58) prezintă câteva îndrumări de care trebuie să țină seama terapeutul sau consilierul pentru a acționa pe baza unor norme etice:

1. Fiți conștienți de nevoile dumneavoastră personale, de ce anume obțineți de pe urma activității profesionale precum și de modul în care propriile trebuințe și comportamente îi pot influența pe clienți. Este important ca nevoile terapeutului să nu fie satisfăcute pe seama clienților.

2. Utilizați rațiunea proprie atunci când aplicați principiile deontologice în cazuri particulare. Nu uitați că multe probleme nu au răspunsuri clare; căutați mai bine soluțiile potrivite.

3. Modificați fundamentele teoretice pentru a desfășura mai eficient activitatea practică.

4. Evitați orice relație personală cu clienții pentru că aceasta devine un pericol clar pentru psihoterapie.

5. Informați **clienții** asupra oricărei împrejurări care poate afecta confidențialitatea demersului terapeutic sau care ar putea influența negativ relația.

6. Conștientizați propriul sistem de atitudini, norme și valori, rolul pe care îl joacă acestea în relația cu clientul și nu încercați să-i impuneți acest sistem de valori nici în mod subtil, nici în mod direct.

7. Informați **clienții** asupra obiectivelor terapiei, a strategiilor și tehnicilor care vor fi utilizate asupra riscurilor posibile pe care le impune acceptarea relației, precum și asupra oricăror factori de natură să influențeze decizia lor de a intra în relație profesională cu terapeutul.

8. Nu uitați faptul că adesea îi influențați pe **clienți** prin intermediul unui proces de modelare. Din acest motiv străduiți-vă să practicați personal ceea ce recomandați **clienților**.

9. Țineți seama în cadrul demersului de consiliere și terapie, de aspectele culturale ce țin de client și de terapeut.

10. Învățați să faceți față dilemelor de natură etică, având în vedere faptul că majoritatea problemelor sunt complexe și nu au soluții simple. A cere ajutor și îndrumare de la alții, reprezintă un semn de maturitate profesională.

CONSILIERE VERSUS TERAPIE

Diferențele între terapie și consiliere păreau foarte clare, cel puțin în urmă cu 20 de ani. În 1978, M. Tyler considera că, în timp ce psihoterapia este o reflexie a dominării conceptuale necondiționate a psihanalizei și are drept ambiție schimbarea personalității, consilierea are ca scop utilizarea mai bună a resurselor persoanei. În timp ce psihoterapia s-ar baza mai mult pe dezvăluire și autoînțelegere, ca fundament al schimbării, fiind destinată în principal persoanelor bolnave, consilierea se sprijină pe relația terapeutică și este destinată celor sănătoși sau mai puțin perturbați psihic. În această accepțiune consilierea se apropie însă foarte mult de psihoterapiile scurte.

După C. Oancea (2002), în prezent, în însăși terapeutică psihiatrică s-au produs importante reorientări, o dată cu creșterea eficacității sale, datorate în principal progreselor psihofarmacologiei. Ca urmare a unui număr important de remisiuni sau de reușite ale tratamentului, au apărut persoanele vulnerabile, cu sau fără simptome și care, ca și familiile lor, au nevoie de un sprijin existențial, de orientarea sau reorientarea vieții și a modelului lor relațional. Mulți dintre cei care până mai ieri erau inabordabili, au astăzi o mare nevoie să se înțeleagă pe ei și pe cei din jur și în acest domeniu, consilierea este de neîndoie că metodă ce poate determina schimbări ale stilului de viață.

De asemenea, o serie de limite ale psihoterapiei analitice (în special cea legată de desfășurarea în timp îndelungat a acesteia) a atras după sine dezvoltarea unor alternative, mai limitate, mai pragmatice, cu obiective imediate, concrete, care permit îmbunătățirea imaginii de sine și a funcționării individului. Abordările cognitiv-comportamentale sunt exemple tipice ale acestor noi orientări. Astfel de abordări vizează reconstrucția persoanei, bazată pe o viziune către înainte, către viitor.

În prezent apare o apropiere substanțială între psihoterapia scurtă și consiliere. Psihoterapiile scurte au câteva principii comune cu cele ale consilierii care se referă în principal la durata scurtă și obiectivele limitate, cu concentrarea asupra unei problematice bine definite. Astfel a apărut ideea de psihoterapie focală, definită de atenția selectivă acordată anumitor aspecte (D. Malan, 1976 și P. Sifneos, 1992), problematicei adaptative, conflictelor externe actuale, luarea în considerare a nevoilor (L. Small, 1971), rolul activ al terapeutului care utilizează procedee de intervenție, confruntare, interpretare, planificarea intervenției menită să crească eficacitatea, promovarea alianței terapeutice prin transfer pozitiv; introducerea terapiei de criză.

Granițele dintre cele două metode devin foarte dificil de stabilit dacă luăm în considerare nevoia de instrucție a consilierului în ceea ce privește domeniul atașamentului și pierderii, a inconștientului și presiunilor sale, a realității psihice interioare și a obstacolelor interne.

Specificul consilierii ar putea fi definit de o anumită sistematizare a etapelor, o componentă psihopedagogică cu angajarea puternică, pe când psihoterapiile scurte vizează spațiul dezvoltării și interpretării care permit autoînțelegere și experiență emoțională corectivă (F. Alexander, 1959).

Există în acest moment și o serie de relații între consiliere și psihoterapia suportivă. În accepțiunea largă, psihoterapia suportivă presupune o multitudine de metode care au drept scop comun sprijinirea și susținerea persoanei. Destinatarii sunt în mare parte alții decât cei ai procesului de consiliere. Sunt persoane fragile, frecvent cu afecțiuni psihice, cu ego slab și aparență distorsionată, inflexibilă, exagerată (Novalis și colab., 1993), dezorganizate sau în pericol să se dezorganizeze psihotic. De aceea, este surprinzător că OMS-ul (1994, 1996) utilizează drept sinonimi termenul de psihoterapie suportivă și pe cel de consiliere terapeutică în cazul intervențiilor adresate acestei categorii de persoane, ceea ce ar sugera o suprapunere substanțială a celor două metode.

Deși obiectivele sale se suprapun în mare măsură cu cele ale consilierii, diferențierile sunt generate de orientarea fundamental protectivă și de restaurare a echilibrului psihic al terapiei suportive care are doar un interes secundar pentru cerințele adaptative (I. B. Iamandescu, 1997). Astfel, D. S. Werman (1984) definește terapia suportivă drept o formă de tratament care oferă pacientului funcțiile psihologice care îi lipsesc sau pe care le posedă în grad insuficient. Este vorba despre o terapie adaptativă (E. Heim, 1980) care orientează persoana către acceptarea normelor sociale dominante, menirea sa fiind să întărească apărările, să mobilizeze resursele eului, ceea ce duce la îmbunătățirea funcționării sociale, a abilităților de confruntare. Este o adaptare regresivă (N. Hartmann, 1968), etapizată, care se bazează, cel puțin în primele etape, pe gratificații (M. M. Gill, 1951) care întăresc activitățile eului. Acceptarea necondiționată, fără rezerve, a pacientului ca ființă umană, distinctă, egală în drepturi (D. Stafford-Clark, 1980) reprezintă un principiu care își are originea în concepțiile lui C. Rogers. Strategiile de tip suportiv se regăsesc în intervențiile de consiliere destinate celor aflați în criză, celor cu înclinații suicidare, dependenților de alcool și droguri, celor aflați într-o dezadaptare socială accentuată, celor care suferă de afecțiuni psihosomatice și altora, a căror caracteristică comună o reprezintă slăbiciunea psihică.

De asemenea, psihoterapiile suportive sunt scurte. Nu se introduc termene rigide de încheiere a terapiei care ar putea determina presiuni excesive. Dimpotrivă, pacientul este asigurat că poate reveni oricând după încheierea formală a curei psihoterapeutice, fapt care îl va securiza. Între terapia de tip suportiv și consiliere, se află terapia reeducativă (L. Wollberg, 1980) în care accentul cade pe învățarea unor noi abilități. Pacientul învață să-și utilizeze mai bine capacitățile și să sesizeze posibilitățile existente.

În concluzie putem considera consilierea ca fiind una dintre formele de psihoterapie. Consilierea apare ca una din metodele psihoterapice plasate undeva

mai la începutul învățământului psihoterapeutic, dar asta nu înseamnă că și-ar pierde din utilitate. B. Truax și R. Carkhuff (1967) consideră că termenii de consiliere și psihoterapie au fost utilizați adesea unul în locul altuia, iar această aparentă confuzie se datorează obiectului comun: omul. Ambele se adresează anxietății, ambele insistă asupra valorificării clientului ca persoană care este ascultată cu empatie și respect.

Calitățile consilierului

În contextul oricărei orientări de psihoterapie sau consiliere, o problemă importantă care trebuie discutată este cea a calităților persoanei care intervine (fie în calitate de terapeut, fie în calitate de consilier). Acesta este necesar să aibă o serie de abilități:

- Capacitatea dezvoltării unei conștiințe de sine care să îi permită explorarea propriei vulnerabilități în situații de criză și, în general, în intervenția terapeutică; identificarea cauzelor precise ale acestei vulnerabilități și găsirea unui stil propriu, adecvat de intervenție; relevarea pericolului datorat propriei vulnerabilități de a interveni prin decizii neprofesioniste și chiar periculoase.

- Capacitatea de a-și planifica intervenția, ceea ce va permite și flexibilitate în vederea adaptării la situația concretă.

- Conștiința faptului că fiecare element comunică ceva: îmbrăcămintea (consilierul își va planifica apariția arborând o vestimentație profesională), gesturile (care să nu fie exagerate și care să fie în concordanță cu mesajul transmis), limbajul (care trebuie să fie la nivelul de înțelegere al destinatarului și eventual să cuprindă expresii ale acestuia) etc.

- Empatia. Este o calitate foarte importantă a practicianului. Gradul de empatie poate fi verificat prin diferite chestionare (Segal, 1999) și poate fi educat în mare măsură. Empatia îi relevă consilierului lucruri și informații nespuse, îl face să simtă starea neexprimată în cuvinte a celui consiliat. Îl face capabil să comunice emoțional cu subiectul și eventual să descrie stările neexprimate ale acestuia.

- Capacitatea de a cunoaște toate resursele existente în comunitate (servicii de specialitate, gratuități, ajutoare materiale sau de medicamente, prevederi legale care ar putea avantaja subiectul) și care ar putea fi mobilizate pentru soluționarea cazului.

- Capacitatea de a dezvolta o serie de mecanisme de adaptare: planificarea gesturilor, umor, gândire logică, amânarea reacțiilor, altruism.

- Creativitate, flexibilitate, ingeniozitate, capacitate de a conecta oameni, situații, inspirația și capacitatea de a crea servicii absente în comunitate, dar necesare.

Caracteristicile unui consilier eficient (Corey, 2001):

1. Are propria sa identitate. Acesta știe cine este el, ce poate să devină, ce dorește de la viață și poate realiza distincția între elementele esențiale și cele neesențiale.

2. Se respectă și se apreciază pe sine însuși, bazându-se în demersul de acordare a ajutorului pe forța și sentimentul valorii personale.

3. Își recunoaște și își acceptă forța interioară, se simte adecvat în prezența celorlalți și le permite acestora să se manifeste ca persoane puternice.
4. Este deschis și receptiv la schimbare, capabil să renunțe la drumurile cunoscute și sigure pentru un demers de tip novator.
5. Este capabil să ia decizii și să-și asume responsabilități pentru sine și pentru ceilalți.
6. Este activ, dinamic, trăiește existența în mod plener, opțiunile sale fiind bazate pe un sistem de valori în favoarea vieții.
7. Este o persoană autentică, sinceră și onestă, care nu se ascunde în spatele unor măști, nu joacă roluri impuse și nu declanșează mecanisme de tip defensiv.
8. Are simțul umorului, privește lucrurile în perspectivă și nu se teme să se amuze chiar pe seama propriilor sale deficiențe.
9. Are capacitatea de a-și recunoaște greșelile și de a-și asuma răspunderea pentru ele.
10. Trăiește predominant în prezent, fără a se agăța de trecut sau a se refugia în viitor.
11. Admite, apreciază și respectă diferențele culturale, sociale, de gen sau rasă.
12. Este sincer interesat de bunăstarea celorlalți, interes bazat pe respect, grijă, încredere și apreciere a acestora.
13. Este profund implicat în activitatea sa, căreia îi găsește un sens profund; poate accepta recompensele derivate din aceasta, dar nu devine sclavul activității profesionale.
14. Este capabil să stabilească limite adecvate specifice unor relații interpersonale sănătoase; deși participă din plin la problemele clienților săi, nu se ocupă de ele în timpul liber, este capabil să spună „nu”, fapt ce îl ajută să ducă o existență echilibrată.

Tendințe actuale în consilierea psihologică și psihoterapie

Începând cu anii 1980 se constată o tendință de integrare și eclectism în domeniul consilierii și psihoterapiei. Tot mai mulți autori preiau și combină între ele tehnici de diverse orientări, tehnici care și-au dovedit utilitatea în practică.

În 1983 a fost înființată în S.U.A. Asociația pentru Explorarea Tendinței de Integrare în Psihoterapie (The Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Covey, 2001, p. 457).

Același autor este de părere că integrarea în domeniul consilierii psihologice și psihoterapiei reprezintă un demers de selectare a conceptelor și metodelor aparținând diverselor școli de psihoterapie.

Pe baza unor cercetări, Norcross și Newmari (1992) au ajuns la concluzia că între 30 și 50% dintre terapeuți și consilieri sunt de părere că maniera în care lucrează în practică are un caracter eclectic.

Deși abordarea eclectică prezintă numeroase avantaje, Goldfried și Safran (1986) atrag atenția asupra pericolului apariției unui număr prea mare de modele terapeutice **eclectice** între care ar putea apărea o competiție.

Un alt posibil efect negativ al **eclectismului** ar putea fi incapacitatea unor practicieni de a selecta corect intervențiile terapeutice, aceasta realizându-se la întâmplare, fără nici o bază teoretică, ceea ce ar conduce la un „sincretism cu caracter confuz” (Lazarus, Bentler și Norcross, 1992).

În sensul ei pozitiv, tendința spre integrare se caracterizează prin studierea atentă a mai multor curente și școli terapeutice, pentru a identifica ce se poate învăța din ele în avantajul clientului. Norcross și Newman (1992) au identificat mai multe motive care au condus la apariția tendinței integrative în psihoterapie:

- proliferarea sistemelor terapeutice;
- incapacitatea unei singure teorii de a răspunde tuturor problemelor pe care le ridică pacienții;
- realitățile socio-economice din diverse țări care impun restricții pentru acoperirea cheltuielilor pentru psihoterapie și consiliere de către casele de asigurări;
- creșterea interesului pentru terapiile de scurtă durată, centrate pe soluții și rezolvare de probleme;
- posibilitatea de a experimenta în plan științific eficiența diferitelor tehnici de terapie;
- diferențele între diverși terapeuți în ceea ce privește eficacitatea tehnicilor utilizate;
- recunoașterea rolului factorilor comuni în succesul psihoterapiei;
- dezvoltarea unor asociații profesionale care își propun integrarea unor tehnici de psihoterapie.

Unul dintre motivele principale care stau la baza tendinței integrative în psihoterapie constă în recunoașterea faptului că nicio teorie psihologică nu este suficient de complexă pentru a explica în totalitate mecanismele comportamentului uman.

Acceptând faptul că fiecare sistem teoretic ce stă la baza practicii terapeutice are puncte tari și limite, un terapeut care se dorește eficient își va găsi acea cale care i se potrivește mai bine.

O altă problemă care se ridică este aceea a eficienței psihoterapiei.

Cercetările în acest domeniu au demarat la sfârșitul anilor 1950 și începutul anilor 1960, acestea propunându-și să clarifice în ce măsură se produc modificări în urma aplicării unui demers terapeutic și care sunt mecanismele schimbării (Strupp, 1986; Vanden-Bos, 1986). Studiile de evaluare au fost stimulate în vederea justificării eficienței programelor.

Întrebarea-cheie la care se cerea un răspuns era „în ce măsură psihoterapia este utilă individului și societății” (Strupp, 1986). Una dintre dificultățile majore pe care le întâmpină cercetătorii din domeniul psihoterapiei constă în aceea că multitudinea de tehnici terapeutice este aplicată de practicieni cu particularități individuale dificil de evaluat.

Mai mult, rezultatele terapiei depind (și de motivația, structura personalității clienților sau de anumite evenimente neașteptate din mediu care pot anula sau întârzia efectele terapiei.

Multitudinea variabilelor care intervin în cadrul acestor cercetări este foarte greu de controlat și evaluat. Cu toate acestea, majoritatea autorilor au ajuns la concluzia că psihoterapia, indiferent de tehnica aplicată, este mai eficientă decât absența unei intervenții psihologice (Vanden-Bos, 1986).

Smith et al (1980) au realizat o metaanaliză a literaturii de specialitate referitoare la rezultatele psihoterapiei și au ajuns la concluzia că aceasta este foarte eficientă.

Mult mai dificilă s-a dovedit însă compararea diverselor sisteme terapeutice între ele, pentru că acestea își propun obiective diferite și se potrivesc unor clienți cu structuri de personalitate diferite.

Referitor la acest aspect, majoritatea studiilor au găsit relativ puține diferențe în ceea ce privește eficiența între diverse sisteme terapeutice (Stiles, Shapiro și Elliot, 1986). Corey (2001) este de părere că pentru validarea unor abordări psihoterapeutice ar trebui avuți în vedere alți factori decât cei rezultați în urma unor cercetări riguroase de laborator.

Pe baza studiilor asupra eficienței unor abordări terapeutice eclectice, Lambert (1992) ajunge la următoarele concluzii:

1. Un mare număr de clienți nespitalizați își ameliorează starea și fără să urmeze un tratament psihoterapeutic standardizat. Acest lucru reprezintă un argument în favoarea abordărilor eclectice care pun un accent deosebit pe elementele de sprijin din mediul în care își desfășoară activitatea clientul.

2. Tratamentul psihologic în sine s-a dovedit util. Cu toate acestea, nu există suficiente date care să ateste superioritatea unei școli terapeutice asupra alteia.

3. O serie de factori comuni mai multor sisteme terapeutice sunt responsabili pentru ameliorarea clienților.

Principalii factori care contribuie la eficiența psihoterapiei sunt:

- factorii de suport (căldura afectivă, empatia, respectul, acceptarea, feedback-urile, precum și alte variabile asociate cu relația pozitivă dintre client și terapeut);

- factori ce țin de procesul de învățare („insight”-ul, învățarea cognitivă, autoacceptarea etc);

- factori acționali (expectațiile clientului cu privire la schimbare, confruntarea cu propriile probleme, testarea realității, modelarea, exersarea, procesarea terapeutică a problemelor etc).

Studiile au evidențiat faptul că factori comuni joacă un rol mult mai important decât tehnicile specifice în facilitarea schimbării clientului.

4. Tehnicile specifice care și-au dovedit utilitatea pot fi utilizate cu succes în cazul problemelor specifice cu care se confruntă clienții. Paul (1967, cit. Corey, 2001, p. 487) este de părere că cercetările viitoare referitoare la eficiența psihoterapiei ar trebui să răspundă la întrebările „Ce tip de terapie realizată de către cine este mai eficientă pentru acest subiect, care prezintă această problemă specifică în aceste condiții”.

Stiluri de consiliere - de la directiv la non-directiv

În lucrarea „Tehnici de sfătuire/consiliere”, Oancea propune o clasificare a stilului terapeutului, care poate parcurge o gamă foarte largă de variații pe axa directiv versus non-directiv.

Stilul directiv este probabil cel mai vechi, originea sa plasându-se undeva în trecut, în sugestie și în psihoterapia rațională, care se doresc a fi realizate sub o conducere directivă. El a fost adoptat spontan de către medici și alte categorii de profesioniști, cum ar fi educatorii. Terapeutul este implicat în relația cu clientul și exprimă clar această poziție. El menține conducerea pe tot parcursul procesului terapeutic, judecând el însuși aspectele situației, ca și soluțiile. Printre trăsăturile sale definitorii se numără: direcționarea și conducerea, evaluarea directă, interogarea, suprainterpretarea, neacceptarea trăirilor clientului, judecarea, etichetarea, blamarea, moralizarea, luarea alurii de patron, emiterea de sfaturi și învățarea clientului. Această conduită apare firească pentru anumiți profesioniști, cum ar fi chirurgii, ea fiind tipică pentru persoanele pe care le interesează mai puțin considerațiile psihologice.

Printre formele directive, stilul autoritar este cel mai frecvent utilizat de profesioniști (Heron, 1986). Este o poziție de forță. Ea se exprimă prin expresii ca „După opinia mea...”, „Eu îți spun că...” și multe altele ce seamănă cu o directivă administrativă și se înscriu mai mult în cadrul relațiilor de forță, șef/subaltern, părinte/copil, decât al celor de ajutor.

Poziția autoritară implică amenințarea printr-o persuasiune de tip coercitiv cu valențe punitive. Aceasta presupune supunerea până la forma ei cea mai adâncă, denumită submisivitate sau aservire, exprimată prin „Dacă nu...”. Este tonul profesorului furios, al șefului exasperat, al părintelui care vrea să facă ordine. Reacțiile ascultătorilor pot oscila între refuz total și ruptura pe față, deschisă, a relației, și refuz mascat cu aparența acceptării și supunerii sau chiar de supunere mult peste cea solicitată. În societatea românească, acest stil este în continuare foarte prezent și are legătură cu istoria perioadei ce a precedat schimbarea regimului social și politic realizată după anul 1989.

În categoria tehnicilor directive cu posibile nuanțe autoritare se înscriu și intervențiile prescriptive, confruntative precum și informarea și învățarea (Burnard 1989).

Cele prescriptive oferă sfaturi și indicații foarte precise, fără posibilități de abatere. Poziția exactă, riguroasă a consilierului i-a atras și pe profesorii care și-au imaginat și un sistem de învățământ prescriptiv care să acopere ariile disfuncționale ale elevilor (G. Gearheart, 1973).

În cazul intervențiilor confruntative, accentul cade asupra combaterii opiniilor clientului, prin provocarea de discuții contradictorii de către terapeut. Aceasta ascunde intenția de a schimba atitudinile și convingerile clientului direct și imediat, prin înfruntare. Deși tehnica este pretențioasă, „confruntarea fierbinte” poate fi necesară pentru a obține modificarea unor conduite periculoase, mai ales în cazul psihopatiilor.

Intervențiile de tip informare și învățare presupun împărtășirea de informații și instruirea. Acestea sunt componente inerente ale unor procese terapeutice care nu pot fi categorisite drept nefavorabile clientului. Ele acoperă latura psihopedagogică, reluată astăzi în aria multor afecțiuni psihiatrice și medicale.

Stilul non-directiv. Conduita directivă pură, bine structurată și oarecum rigidă, poate fi completată prin atitudini mai aproape de neutralitate, lipsite de direcționarea clientului (non-directive). Ele au fost denumite facilitatorii, sau, de sprijin (Heron, 1976). Mai semnificative sunt cele cathartice, catalitice și suportive.

Atitudinile cathartice favorizează eliberarea tensiunilor devenite insuportabile prin lacrimi, țipete, agitație. Atitudinea permisivă a terapeutului este elementul fundamental ce creează premisele descărcărilor emoționale cathartice. Deși descărcările cathartice pot părea dizgrațioase și neinteligibile, mai ales dacă se produc la persoane cu aparentă stăpânire de sine, echilibrate, care au, în general, o ținută decentă, catharsisul este considerat a avea o mare valoare terapeutică, mai ales dacă este în oarecare contradicție cu stilul de conduită obișnuit al persoanei respective.

În cazul atitudinilor catalitice starea actuală a clientului este definită prin reflecții asemănătoare cu cele folosite în tehnicile analitice din care provin. Ele permit aprofundarea autoanalizei și, câteodată, pot fi completate cu întrebări. În cazul atitudinilor suportive, accentul cade asupra suportului emoțional, a confirmării valorii persoanei respective, a corectitudii poziției sale.

Metodele non-directive urmează o linie strictă de asistare a clientului, căruia îi permit să-și re trăiască trecutul și, într-o oarecare măsură, prezentul. O anumită contradicție între a consilia, a nu te implica și oferta de sprijin emoțional a fost depășită de doctrina umanistă a lui C. R. Rogers, potrivit căreia angajarea emoțională în cadrul relației empatice devine o etapă premergătoare oricărui alt tip de intervenție. Un element deosebit de important pentru succesul consilierii îl reprezintă alegerea stilului pe această axă directiv-nondirectiv. Menținerea strictă în cadrul unei singure linii de conduită în toate cazurile și pe tot parcursul procesului terapeutic poate fi inefficientă. În situațiile reale, cazurile apar sub multiple forme și nu pot fi încadrate sau abordate numai într-un anumit stil sau explicate, încadrate într-o singură doctrină psihoterapeutică, ceea ce impune flexibilitate și un adevărat arsenal de tehnici la dispoziția terapeutului, care o va găsi, cu timpul, pe cea mai potrivită. De aceea în acest moment sunt din ce în ce mai răspândite stilurile eclecticice care presupun abordări diferite, în situații diferite și pentru persoane diferite.

Adoptarea stilului dominant depinde de personalitatea terapeutului sau consilierului și de tipul de formare de care a beneficiat. Asimilarea unui stil profesional de relaționare ajunge la o asemenea profunzime încât terapeutul nici nu-l mai sesizează, el intrând în subconștient. De aceea, un prim pas pentru orice eventuală perfecționare impune dezvoltarea autoconștientizării (*self-awareness*) dublată de autosupraveghere care va permite adaptarea adecvată la relația Eu-Tu.

IRINA HOLDEVICI, VALENTINA NEACȘU

SISTEME DE PSIHOTERAPIE ȘI
CONSILIERE PSIHOLOGICĂ

Ed. Kallusys, București, 2008

CAPITOLUL II ABORDAREA COMPORTAMENTALĂ ÎN PSIHOTERAPIE

Terapia comportamentală include o serie de tehnici orientate spre obiectivul de a-i determina pe oameni să-și modifice comportamentul. Multe dintre tehnicile mai recente includ și strategii cognitive care au condus la apariția orientării cognitiv-comportamentale în consiliere și psihoterapie.

Orientarea comportamentală s-a structurat în perioada anilor 1950-1960 ca o reacție la perspectiva psihanalitică dominantă până atunci și a apărut aproape simultan în Statele Unite, Marea Britanie și Africa de Sud (Corey, 2001, p. 256). În ciuda opoziției și a criticilor formulate de psihanaliști, noua orientare terapeutică a supraviețuit, ceea ce demonstrează faptul că metodele de condiționare erau eficiente în modificarea comportamentului, constituind o alternativă la terapia tradițională.

În anul 1960, Albert Bandura a dezvoltat teoria învățării sociale care combina tehnicile condiționării clasice și operante cu învățarea observațională.

După această perioadă au apărut o serie de școli terapeutice cognitiv-comportamentale, dintre care menționăm terapia rațional emotivă a lui Ellis, terapia cognitivă a lui Beck sau strategiile de inoculare a stresului și antrenamentul de autoinstruire puse la punct de Meichenbaum.

Începând cu anii 1970 terapia comportamentală a devenit o orientare dominantă în psihologie, cu multiple aplicații în domeniul educației, psihoterapiei, psihiatriei, asistenței sociale, dar și în domeniul industriei și afacerilor.

Deși implică strategii diferite, terapia comportamentală are câteva caracteristici comune: focalizarea asupra comportamentului, accentul pus pe tehnicile de învățare și evaluarea riguroasă a rezultatelor (Kazdin, 1994).

În cadrul orientării comportamentale un loc central îl ocupă la ora actuală terapia cognitiv - comportamentală care pune un accent deosebit pe rolul factorilor cognitivi în înțelegerea și modificarea comportamentului subiecților.

Acești factori, cum ar fi de pildă, vorbirea interioară, sunt considerați mediatori ai schimbărilor în plan comportamental (Bandura, 1969, 1986; Beck, 1976; Beck și Weishaav, 1995; Fishman și Franks, 1997; Goldfried și Davidson, 1976; Lazarus, 1989; London, 1986; Mahoney, 1977, 1979, 1991; Meichenbaum, 1977, 1985).

Principiul de bază al orientării comportamentale în psihoterapie postulează faptul că ființa umană este producătorul și produsul mediului său înconjurător.

Dacă teoreticienii comportamentaliști de orientare radicală excludeau posibilitatea autodeterminării și libertății ființei umane, orientarea modernă actuală încurajează tehnicile care conferă autocontrol și autonomie clientului. Modificările realizate în plan comportamental contribuie la îmbogățirea repertoriului deprinderilor de a face față problemelor vieții, fapt ce conferă mai multe posibilități de răspuns într-o situație dată. Eliminând comportamentele dezadaptative care limitează alegerile, oamenii devin liberi să realizeze mai multe opțiuni care înainte nu le erau accesibile.

Din punct de vedere filozofic, orientarea comportamentală și cea umanistă au părut diametral opuse, dar lucrările comportamentaliștilor contemporani au construit nenumărate punți între cele două orientări care în cele din urmă ar putea fuziona.

Orientarea comportamentalistă limitată, bazată pe modelul stimul-reacție a fost criticată inițial de Bandura (1974, 1977, 1986), părintele teoriei învățării sociale. Acesta respinge modelul mecanicist și determinist al comportamentului uman datorită faptului că se bazează exclusiv pe determinări de natură exterioară (din mediu).

Ulterior, mulți autori care au urmat au utilizat tehnici comportamentale pentru a atinge obiective umaniste (evoluția ființei umane) (Kazdin, 1994; Mechenbaum, 1977; Thoresen și Coates, 1980; Watson și Tharp, 1997).

Thoresen și Coates (1980) identifică trei mari direcții care fac posibilă convergența între orientările umanistă și comportamentalistă în psihoterapie:

- considerarea terapiei ca un demers orientat spre acțiune și nu ca o introspecție, mai curând pasivă, asupra problemelor care îi frământă pe clienți;
- preocuparea crescândă a terapeuților comportamentaliști în legătură cu maniera în care evenimentele externe sunt mediate de factori subiectivi, de natură cognitivă sau emoțională;
- accentul sporit pus asupra responsabilității personale în raport cu propriul comportament.

Odată înarmați cu tehnici de autoreglare a comportamentului, oamenii devin capabili să-și amelioreze semnificativ calitatea vieții.

Principiile și postulatele terapiei comportamentale

Spiegler și Guevremont (1998) prezintă câteva caracteristici ale terapiei comportamentale:

1. Terapia comportamentală are la bază principii științifice derivate din cercetarea experimentală din domeniul învățării, principii bazate pe date de observație și nu pe convingeri personale.

Principiile învățării se aplică în mod sistematic pentru a-i ajuta pe oameni să se debaraseze de comportamentele dezadaptative. Obiectivele tratamentului sunt exprimate în termeni concreți și obiectivi care fac posibilă repetarea intervenției terapeutice.

În timpul terapiei sunt evaluate comportamentele problematice precum și condițiile care contribuie la menținerea acestora. Eficiența metodelor de evaluare și

intervenție este verificată prin intermediul unor metode de cercetare științifică. Conceptele care stau la baza demersului terapeutic și strategiile de intervenție sunt exprimate în mod explicit, testate empiric și revizuite permanent.

2. Terapia comportamentală se ocupă de problemele curente ale clienților și de factorii care le influențează în prezent, fără a pune accent pe perspectiva istorică.

Tehnicile comportamentale sunt aplicate pentru a modifica factorii actuali relevanți care influențează comportamentul clienților.

3. Clienții joacă un rol activ în cursul terapiei, angajându-se în diverse acțiuni menite să-l ajute să-și rezolve problemele și nu doar să vorbească despre acestea.

Ei își monitorizează comportamentele atât în timpul, cât și în afara ședințelor de psihoterapie, învață și exersează noi modele de comportament și noi strategii de a face față problemelor existenței.

4. Terapia comportamentală se desfășoară pe cât posibil în mediul natural al clientului. Abordarea terapeutică are la bază principiile învățării, clientul însușindu-și deprinderi de autoreglare a comportamentului, deprinderi care vor fi transferate în viața de zi cu zi.

Sarcinile și temele pentru acasă reprezintă un element important al terapiei comportamentale.

5. Terapia comportamentală pune accent pe tehnicile de autocontrol comportamental. Clienții sunt instruiți să inițieze, să realizeze și să evalueze demersul terapeutic, fiind responsabili de propria schimbare.

6. Tehnicile terapeutice sunt astfel construite încât să se potrivească fiecărui client în parte.

7. Demersul terapeutic presupune un proces de colaborare între client și terapeut, acesta din urmă informând permanent clientul cu privire la natura și progresele terapiei.

La aceste caracteristici, Corey (2001) mai adaugă câteva:

8. Psihoterapia evoluează de la simplu la complex, de la situații mai facile la unele mai dificile și de la unele mai puțin amenințătoare la unele amenințătoare.

9. Demersul terapeutic comportamental este relativ scurt, incluzând mai puține ședințe de psihoterapie și într-un interval de timp mai puțin extins, comparativ cu alte sisteme terapeutice.

10. Tehnicile terapeutice se combină în anumite „pachete” de strategii în vederea creșterii eficienței psihoterapiei.

Obiectivele terapeutice ocupă un loc central în cadrul psihoterapiei comportamentale.

Obiectivul central constă în a crea noi condiții pentru învățare pornindu-se de la supoziția că procesul de învățare poate ameliora comportamentul problematic.

Clientul este cel care fixează obiectivele specifice terapiei sub directă îndrumare a terapeutului sau consilierului.

Evaluările realizate pe parcursul terapiei evidențiază măsura în care obiectivele au fost atinse.

Subliniem încă o dată faptul că obiectivele terapeutice trebuie să fie precise,

concrete, clar exprimate sub forma unor contracte terapeutice care ghidează demersul psihoterapeutic.

Cormier și Cormier (1998, p. 228-231) descriu etapele selectării și definirii obiectivelor terapeutice:

- Terapeutul oferă clientului motivația pentru stabilirea unor scopuri, explică necesitatea stabilirii acestora, precum și rolul lor în cursul terapiei și subliniază faptul că pacientul trebuie să joace un rol activ în cadrul acestui demers.
- **Clientul** specifică modificările pozitive pe care le așteaptă de pe urma terapiei. Atenția este focalizată asupra a ceea ce clientul dorește să realizeze și nu asupra a ceea ce el nu dorește să facă.
- **Clientul** împreună cu terapeutul stabilesc dacă aceste obiective aparțin cu adevărat clientului și dacă au un caracter realist.
- Se discută avantajele și dezavantajele (beneficiile și costurile) demersului de atingere a obiectivelor.
- **Clientul** și terapeutul cad de acord dacă vor continua demersul de atingere a obiectivelor stabilite sau le vor reformula.
- Odată stabilite obiectivele, începe demersul de definire a acestora.

Vor fi discutate conduitele asociate cu atingerea lor, condițiile necesare pentru schimbare, conținutul obiectivelor intermediare, precum și planuri de acțiune menite să conducă la atingerea obiectivelor.

Rolul terapeutului în cadrul terapiei comportamentale

Terapeuții comportamentaliști utilizează tehnici comune altor abordări cum ar fi: reflecția, clarificarea, rezumarea sau întrebările deschise, dar și unele specifice. Astfel, după Spiegler și Guevremont (1998), terapeutul comportamentalist deține următoarele atribuții:

- culege în mod sistematic informații referitoare la antecedentele cu caracter situațional, amploarea și dimensiunile problemei în plan comportamental, precum și la consecințele acesteia;
- clarifică împreună cu clientul problemele acestuia;
- planifică și stabilește comportamentele țintă;
- formulează împreună cu clientul obiectivele terapiei;
- identifică acele condiții care mențin problema;
- implementează planul de schimbare;
- evaluează succesele demersului terapeutic;
- conduce viitoarele demersuri de evaluare.

Să presupunem, de pildă, că o pacientă se prezintă la psihoterapie pentru agorafobie care o împiedică să iasă singură din casă. Terapeutul va începe prin a analiza natura anxietății care o împiedică pe clientă să părăsească locuința. Acesta o va interoga în legătură cu modul în care percepe anxietatea, când a apărut aceasta și ce anume întreprinde în astfel de situații. Vor fi obținute informații în legătură cu gândurile care îi vin în minte, trăirile afective și consecințele problemei-simptom asupra existenței sale.

Vor fi stabilite apoi obiectivele terapiei și vor fi puse în acțiune strategiile menite să reducă anxietatea până la un nivel controlabil. Terapeutul împreună cu clientul vor evalua pe parcursul psihoterapiei măsura în care au fost îndeplinite obiectivele terapeutice stabilite.

Un alt rol important al terapeutului comportamentalist rezidă în modelarea comportamentului.

Bandura (1969; 1986) era de părere că achizițiile obținute în urma învățării directe pot fi atinse și prin intermediul observării comportamentului celorlalți.

Datorită acestui fapt, clientul va putea să-și însușească noi modele de comportament prin intermediul imitației, terapeutul reprezentând un model de urmat.

Deoarece clienții îl investesc pe terapeut cu autoritate, ei își vor modela atitudinile, convingerile și valorile imitându-l pe acesta.

Așa cum am mai subliniat, demersul terapeutic de tip comportamentalist se caracterizează, printre altele, și prin rolul activ jucat atât de terapeut cât și de client în cadrul terapiei.

Terapeutul va fi cel care îl va învăța pe client noi modalități de comportament prin intermediul jocului de rol, modelării, repetărilor în plan comportamental, precum și al feedback-urilor cu privire la progresele înregistrate pe parcurs. Clientul se va angaja la rândul său în mod activ în aceste demersuri și va primi diverse sarcini pentru acasă (de pildă, monitorizarea comportamentului problematic). Clientul trebuie să fie puternic motivat să coopereze atât în timpul ședințelor de psihoterapie cât și în afara acestora, pentru că altfel progresele terapiei sunt limitate.

Pacientul este încurajat să experimenteze noile deprinderi de a face față problemelor vieții, pentru a-și lărgi repertoriul de comportamente cu caracter adaptativ și a transfera cele învățate în viața cotidiană.

Terapia este considerată încheiată doar atunci când noile deprinderi de autoreglare psihică au fost generalizate și pot fi utilizate de client în afara terapiei.

Este evident faptul că demersul terapeutic nu se va reduce la un simplu „insight” (iluminare) cu privire la natura problemelor **clientului**, ci va presupune implementarea unor noi modele de comportament. Obiectivele terapiei sunt formulate în termeni concreți și măsurabili, fapt ce permite atât **clientului** cât și terapeutului să evalueze progresele terapiei, ambii putând conștientiza momentul în care terapia poate să se încheie.

În cadrul terapiei de orientare comportamentală nu se pune un accent deosebit asupra relației client-terapeut ca în cazul terapiei psihodinamice sau umaniste, aspecte cum ar fi căldura afectivă, empatia, comunicarea autentică, caracterul permisiv și de acceptare din cadrul relației fiind considerate factori necesari, dar nu suficienți pentru ca schimbarea terapeutică să aibă loc.

Studiile clinice au evidențiat însă faptul că relația terapeut-client, chiar și în cazul terapiei comportamentale poate contribui în mod esențial la procesul de schimbare (Granvold și Wodarski, 1994). Astfel, o bună relație terapeutică va spori șansele creșterii receptivității **clientului** la demersul terapeutic. Nu prezintă

importanță numai modul în care **clientul** cooperează la psihoterapie, ci și expectațiile acestuia în legătură cu un final pozitiv, expectații care vor funcționa în calitate de autosugestii pozitive.

Terapeutul de orientare comportamentală joacă un rol activ, directiv și suportiv în cadrul demersului terapeutic de rezolvare de probleme.

Strategiile și tehnicile terapeutice specifice psihoterapiei comportamentale

Schimbările în sfera comportamentală nu se produc după principiul „totul sau nimic”, ci survin gradat, în unele sectoare ale vieții, în timp ce altele pot rămâne neschimbate.

Tehnicile terapeutice sunt incluse în cadrul unor planuri de tratament și au un caracter eclectic.

Lazarus (1989, 1992b, 1996b, 1997a) este de părere că pot fi utilizate cu succes diverse metode de terapie, indiferent de fundamentarea lor teoretică. În viziunea sa, cu cât este mai extinsă aria strategiilor utilizate, cu atât terapeutul este mai eficient.

De asemenea, tehnicile utilizate nu sunt alese la întâmplare dintr-un pachet de strategii, ci sunt special combinate ținând seama de problematica fiecărui **client** în parte, terapeutul dând dovadă de creativitate în realizarea acestor selecții.

1. Evaluarea

Începe cu evidențierea problemelor, simptomelor **clientului**, a antecedentelor acestora, precum și a consecințelor lor.

Clientul va monitoriza frecvența și intensitatea problemelor-simptom, aceste monitorizări devenind un instrument al psihoterapiei care permite alcătuirea unor planuri terapeutice și evaluarea efectelor strategiilor aplicate.

Instrumentele de evaluare includ inventarele și scalele de autoevaluare, precum și tehnici bazate pe observația directă. Unul din punctele forte al terapiei comportamentale îl constituie faptul că evaluările și autoevaluările realizate permanent pe parcursul terapiei permit depistarea rapidă a oricărei erori, cât de mici, apărute în cadrul demersului terapeutic.

2. Tehnicile de relaxare

Relaxarea a devenit o tehnică larg răspândită și foarte mult apreciată care îi ajută pe subiecți să facă față stresului vieții cotidiene. Relaxarea reprezintă o metodă de autoreglare care presupune destinderea musculară și calmare psihică.

Există o multitudine de tehnici de relaxare, în Europa cea mai cunoscută fiind metoda antrenamentului autogen al lui Schultz (1930), iar în S.U.A., tehnica relaxării progresive, propusă de Jacobson (1938). După învățarea relaxării este necesar ca aceasta să fie practică zilnic de către pacienți pentru a obține rezultatele scontate.

La ora actuală se utilizează tehnici de relaxare eclectice combinate adesea cu alte strategii de tip comportamental, cum ar fi desensibilizarea sistematică, antrenamentul asertiv, programe de „self-management”, relaxare prin intermediul

unor dispozitive bazate pe bio-feed-back, meditație sau imaginație dirijată cu autosugestii.

Studiile clinice au evidențiat faptul că hipnoza, considerată de specialiști ca o relaxare mai profundă, contribuie la obținerea unor rezultate mai rapide și mai durabile în terapia comportamentală.

Corey (2001) este de părere că însușirea unei tehnici simple de relaxare durează între 4 și 8 ore de lucru sub îndrumarea terapeutului.

Odată însușită, relaxarea devine o deprindere care, dacă este practică zilnic, timp de 15-25 de minute, conduce la o odihnă economică, la reducerea anxietății și efectelor negative ale stresului, la o echilibrare în plan psihosomatic și la optimizarea performanțelor în activitatea profesională. Dacă la început relaxarea a fost utilizată mai ales ca o parte a desensibilizării sistematice, treptat aplicațiile acesteia s-au extins la terapia tulburărilor anxioase, fobice, cardiovasculare, respiratorii, a migrenelor și tulburărilor de somn.

Relaxarea - strategie de bază în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale

În sens larg, termenul de relaxare semnifică o deconectare generală a individului de activitatea sa cotidiană. Acest proces îmbracă forme foarte variate, începând cu odihna activă și terminând cu modalitățile statice de deconectare.

În sens restrâns, relaxarea este o tehnică psihoterapeutică și autoformativă, fundamentată științific, care urmărește realizarea unei decontracturi musculare și nervoase, având ca efect un repaus cât mai eficient, economisirea energiei fizice și psihice, creșterea rezistenței la stres a organismului și diminuarea efectelor negative ale stresului deja instalat.

Relaxarea este în același timp o metodă de autoreglare a stărilor psihice, utilizată în pregătirea psihologică a sportivilor și cosmonauților, precum și în tratamentul unor afecțiuni de tip nevrotic sau psihosomatic.

La ora actuală, tehnicile de relaxare sunt studiate cu cea mai modernă aparatură de laborator în foarte multe țări ale lumii, interesul crescut pentru aceste sisteme fiind determinat de aplicațiile lor practice imediate în diferite domenii de activitate: medical, sportiv, antrenamentul piloților sau cosmonauților etc.

Cea mai cunoscută metodă de relaxare o constituie antrenamentul autogen, care poate fi considerat un punct de plecare în elaborarea unor tehnici de relaxare mai complexe.

Antrenamentul autogen este o metodă bine fundamentată științific, verificată experimental și clinic, care se caracterizează prin simplitate și economicitate în sensul că se învață ușor și durează relativ puțin. Această metodă de relaxare are la bază o abordare globală, de ansamblu, a personalității subiectului, fiind în esență o tehnică psihoterapeutică.

Derivată din hipnoza medicală, metoda a fost elaborată în Germania anilor 1920 de către medicul psihiatru I.H. Schultz. Acesta definea antrenamentul autogen ca un exercițiu generat (genos) din interiorul eului (autos).

Sursa de la care a pornit Schultz a fost hipnoza fracționată a lui Oscar Vogt. În cadrul acestei metode, subiectul era hipnotizat în mod repetat, trezit, interogată cu privire la starea sa și apoi rehipnotizat la un nivel și mai profund. Schultz a început

să investigheze valoarea terapeutică a hipnozei și halucinațiile apărute la subiecți normali. El a observat că, în stare hipnotică, aceștia prezentau în mod frecvent anumite „reacții fiziologice și psihologice, cum ar fi senzații de greutate și căldură în membre, modificări ale ritmului cardiac și respirator”. Autorul a pornit de la premisa că, de vreme ce aceste reacții apăreau în mod spontan în stare de hipnoză, putea fi indusă invers o stare hipnoidă prin concentrarea asupra reacțiilor psihofiziologice respective.

Exercițiile standard incluse în antrenamentul autogen au fost elaborate special pentru verificarea acestor ipoteze.

Schultz a observat, de asemenea, că o atitudine relaxată și pasivă din partea subiectului este mai favorabilă inducerii unei stări hipnotice prin intermediul exercițiilor standard și a denumit-o stare autogenă (autogenerată). Pornind de la studiul halucinațiilor la subiecți normali, el a dezvoltat o serie de exerciții mentale care constituie baza antrenamentului autogen avansat (ciclul II). Scopul antrenamentului autogen - așa cum a fost conceput de autorul său, ca și de cei care l-au preluat și dezvoltat mai târziu - constă în obținerea de către subiecți a unor reacții psihice și psihofiziologice adecvate, înlăturarea reacțiilor și comportamentelor nedorite și realizarea pe această cale a unei eficiențe crescute personale și sociale.

Schultz (1967) arată că antrenamentul autogen ajută subiectul să obțină o serie de avantaje, cum ar fi: odihnă și refacere după efort, autorelaxare, autoreglarea funcțiilor autonome, reducerea durerii, întărirea eului prin formule sugestive speciale, perfecționarea în tehnica introspecției, cu efecte favorabile asupra dezvoltării spiritului autocritic și creșterea autocontrolului voluntar.

Efectele acestui tip de antrenament pot fi observate de subiecți încă din primele zile de practică (relaxare mai bună, reducerea anxietății, somn mai odihnitor, capacitate de concentrare și memorie mai bune). Avantajele antrenamentului autogen sunt bine cunoscute în psihoterapia unor nevroze și afecțiuni psihosomatice. El poate fi folosit în completarea tratamentului medicamentos al oricărei afecțiuni somatice, contribuind la reducerea durerii și întărirea eului bolnavului. Trebuie menționat însă faptul că antrenamentul respectiv este doar un adjuvant în cadrul terapiei bolii respective.

Mai recent, metoda a început să fie utilizată în medicina preventivă, pentru creșterea rezistenței la frustrare și la alți factori stresanți, precum și în pregătirea psihologică a sportivilor de performanță și a cosmonauților.

Exerciții din cadrul antrenamentului autogen

Principiul metodei constă, așadar, în inducerea prin exerciții psihofiziologice a unei decontracturi generale a organismului, decontractură care, prin analogie cu tehnicile hipnotice, permite comunicarea unor sugestii. Antrenamentul autogen cuprinde două cicluri de exerciții:

A. Ciclul inferior include exerciții în care decontractarea concentrativă vizează următoarele direcții: musculară, sistem cardiovascular, sistem respirator,

organe abdominale și zona capului.

Exercițiile pe care le învață subiectul sunt următoarele:

1. Experiența greutății.
2. Experiența căldurii.
3. Concentrarea asupra cordului, în vederea încetinerii ritmului cardiac.
4. Controlul respirației pentru calmarea acestuia.
5. Reglarea funcționării organelor abdominale prin concentrare asupra plexului solar.
6. Perceperea unei vasoconstricții în zona frunții.

Aceste exerciții se însușesc într-un interval de 6 până la 10 săptămâni, subiectul reușind să obțină, în urma practicării lor, un calm interior și o stare hipnotică.

Prezentăm în continuare un model de antrenament autogen, ciclul inferior (model adaptat după tehnica lui Schultz).

a) Inducerea senzației de greutate la nivelul brațului:

- „sunt în întregime liniștit și cu desăvârșire calm”;
- „toți mușchii îmi sunt destinși și relaxați”;
- „o liniște plăcută mă înconjoară”;
- „nimic nu-mi tulbură liniștea”;
- „simt o pace și o liniște interioară profunde”;
- „sunt foarte calm și liniștit”;
- „brațul meu drept e greu, din ce în ce mai greu”;
- „brațul meu devine tot mai greu”;
- „o greutate ca de plumb îmi cuprinde umărul, brațul, mîna și ajunge până la degete”;
- „brațul meu drept este foarte greu”;
- „brațul meu drept este greu ca de plumb”;
- „simt liniște și greutate”.

Formule asemănătoare se folosesc și pentru inducerea progresivă a senzației de greutate la nivelul brațului stîng, piciorului drept și apoi al celui stîng.

b) Generalizarea senzației de greutate:

- „o liniște plăcută mă împresoară”;
- „calmul mă înundă tot mai mult”;
- „simt o liniște și o pace interioară”;
- „sunt complet calm”;
- „întregul meu corp este destins și relaxat”;
- „umerii, brațele, mîinile, picioarele sunt grele, foarte grele”;
- „întregul meu corp este foarte greu”;
- „întregul meu corp este cuprins de o greutate foarte mare”;
- „corpul meu este greu, greu ca de plumb”;
- „sunt foarte calm și liniștit”.

c) Inducerea senzației de căldură la nivelul brațului drept:

- „o căldură plăcută îmi cuprinde brațul drept”;
- „o căldură plăcută îmi cuprinde brațul drept, mîna dreaptă și ajunge până la degete”;

„vasele se dilată și simt căldură în brațul drept”;
 „o căldură plăcută îmi cuprinde brațul și mâna dreaptă”;
 „brațul meu drept devine cald, ca și cum ar fi cufundat într-o baie caldă”;
 „brațul meu drept este învăluit într-o căldură odihnitoare”;
 „liniște, greutate, căldură”;
 „liniștea și echilibrul mă împresoară”.
 Comenzi asemănătoare se folosesc și pentru inducerea senzației de căldură în brațul stâng și în picioare.

d) Generalizarea senzației de căldură:

„întregul meu corp este relaxat, perfect liniștit”;
 „o căldură plăcută îmi cuprinde umerii, brațele, mâinile, picioarele”;
 „o căldură plăcută îmi cuprinde tot corpul”;
 „întregul meu corp este învăluit într-o căldură plăcută”;
 „întregul meu corp este cuprins de o căldură plăcută, ca într-o baie caldă”;
 „sunt liniștit și relaxat”;
 „liniștea și echilibrul mă împresoară”;
 „mă las cuprins de tihna senină și neconținutul echilibrului”;
 „sunt în întregime liniștit”;
 „sunt cu desăvârșire calm”;
 „întregul meu corp este relaxat, destins, inert”;
 „întregul meu corp este greu”;
 „simt în tot corpul o greutate copleșitoare”;
 „corpul este greu și destins ca un arc în repaus”;
 „o căldură agreabilă îmi cuprinde tot corpul”;
 „tot corpul meu este învăluit într-o căldură plăcută și liniștitoare”;
 „simt o căldură plăcută care-mi cuprinde tot corpul”.

e) Exerciții pentru liniștirea bătăilor inimii:

„inima mea bate liniștit, foarte liniștit”;
 „inima mea bate liniștit și egal, împrăștiind tot sângele în corp”;
 „inima mea bate liniștit și egal”;
 „inima parcă lucrează de la sine”;
 „inima bate liniștit, calm și egal”;
 „sunt perfect liniștit și relaxat”.

f) Exerciții pentru calmarea respirației:

„respirația mea devine liniștită și rară”;
 „respir liber și aproape de la sine aerul din jurul meu”;
 „respir calm și liniștit, fără efort”;
 „respir foarte calm și liniștit”.

g) Exerciții pentru trăirea senzației de căldură în zona plexului solar:

„sunt perfect calm și relaxat”;
 „sunt perfect liniștit”;
 „abdomenul meu este foarte relaxat”;
 „mușchii abdomenului sunt destinși, orice tensiune dispare”;
 „plexul solar este cuprins de o căldură plăcută”;

„plexul solar e cald și relaxat”.

Prezentăm în cele ce urmează și o altă tehnică de relaxare, adaptată de noi după Sank și Shatter (1984), care la rândul lor s-au inspirat din tehnica lui Jacobson (1938).

„Așezați-vă cât mai comod pe scaunul pe care stați. Închideți ochii și căutați să calmați respirația. Simțiți-vă cât mai confortabil cu putință. Vă concentrați atenția asupra brațului non-dominant, strângeți pumnul și încordați brațul cât puteți de mult. Simțiți încordarea în zona pumnului, brațului, antebrățului, umărului. Desfaceți apoi pumnul și lăsați brațul să se relaxeze, repetați exercițiul. E bine așa.

Procedați acum în același fel cu brațul dominant: strângeți pumnul, încordați brațul și căutați să percepeți tensiunea în zona pumnului în antebrăț, în braț, în umăr. Repetați exercițiul.

Acum așezați ambele palme pe genunchi și ridicați degetele încordându-le ușor, apoi tot mai mult și mai mult. Simțiți încordarea în degete, palme, brațe. Lăsați apoi degetele, palmele și brațele să se relaxeze tot mai mult. Repetați exercițiul.

Încordați acum musculatura ambelor brațe, mențineți încordarea și apoi relaxați brațele. Ridicați apoi umerii, mențineți poziția încordată și apoi relaxați umerii și brațele.

Încordați și relaxați brațele și umerii de câteva ori, căutând să simțiți relaxarea plăcută care cuprinde întreaga musculatură a brațelor și umerilor. Brațele și umerii se relaxează tot mai mult și mai mult.

Concentrați-vă apoi asupra mușchilor frunții. Încordați fruntea ca și cum v-ați încrunta și ați ridica sprâncenele, mențineți încordarea și apoi relaxați fruntea. Simțiți cum fruntea se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult.

Observați diferența dintre starea de încordare și cea de relaxare. Repetați exercițiul, studiind starea de încordare comparativ cu cea de relaxare plăcută, odihnitoare.

Încordați pleoapele, vă concentrați asupra senzației de încordare din jurul ochilor și apoi relaxați-le tot mai mult. Simțiți relaxarea plăcută care cuprinde ochii. Pleoapele se relaxează și devin tot mai grele, din ce în ce mai grele.

Încordați mușchii din jurul gurii, mențineți încordarea și apoi relaxați musculatura gurii. Încordați apoi și relaxați de câteva ori musculatura maxilarelor, a gâtului și a cefei.

Conștientizați senzațiile de încordare și relaxare din cadrul fiecărei grupe musculare.

Aplecați ușor capul pe spate, mențineți poziția și apoi relaxați ușor gâtul și ceafa, aplecând capul în față, astfel încât bărbia să atingă pieptul. Întoarceți apoi capul spre stânga și spre dreapta de câteva ori și relaxați din nou gâtul și ceafa.

Treptat, senzația de relaxare vă cuprinde tot mai mult, tot mai mult. O senzație de greutate, căldură și relaxare plăcută cuprinde degetele, palmele, brațele, umerii, fața, creștetul capului, ochii, gura, maxilarele, gâtul și ceafa.

Senzația plăcută de relaxare vă cuprinde tot mai mult, din ce în ce mai mult.

Brațele, umerii, capul, gâtul sunt tot mai relaxate, din ce în ce mai relaxate.

Senzația de relaxare plăcută cuprinde zona pieptului. Inspirați profund, mențineți respirația, încordați ușor toracele apoi expirați și relaxați toracele. Musculatura toracelui se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult. Inspirați, mențineți respirația și apoi expirați relaxând mușchii toracelui.

Încordați apoi mușchii spatelui, împingând ușor pieptul înainte, ca și cum ați lua poziția de „drept”. Relaxați apoi mușchii spatelui, umerii, toracele. Relaxați-le tot mai mult.

Vă concentrați apoi asupra abdomenului. Încordați mușchii trăgând abdomenul înapoi, ca și cum ați dori să-l lipiți de coloana vertebrală. Relaxați apoi abdomenul. Vă concentrați asupra diferenței dintre senzațiile de încordare și relaxare.

Încordați și relaxați musculatura abdominală de câteva ori, trăgând abdomenul înapoi și apoi împingându-l înainte. Încordați, relaxați, încordați și relaxați abdomenul, apoi îl relaxați tot mai mult, din ce în ce mai mult.

Încordați și relaxați de mai multe ori zona lombară, arcuind coloana vertebrală spre spate. Simțiți apoi cum o stare de relaxare tot mai profundă cuprinde spatele.

Încordați și relaxați apoi fesele și coapsele, gamba și labele picioarelor. Realizați câteva încordări și relaxări succesive și apoi relaxați tot mai mult picioarele. Picioarele devin tot mai relaxate, din ce în ce mai relaxate.

Încordați și relaxați coapsele, gamba, labele picioarelor, degetele. Vă concentrați asupra încordării, apoi vă relaxați.

Acum doresc să relaxați cât mai mult fiecare grupă de mușchi în parte. Renunțați la încordare. Lăsați încordarea să iasă din corp. Tensiunea și încordarea părăsesc fiecare zonă a corpului. O senzație plăcută de greutate și căldură cuprinde fiecare grupă de mușchi în parte, relaxați degetele și palmele, relaxați antebrățele, brațele și umerii. Brațele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, tot mai grele și mai calde. Brațele grele și calde. Brațele relaxate, grele, calde. Greutatea și căldura înlocuiesc senzația de încordare și tensiune. Fruntea devine tot mai relaxată, tot mai relaxată. Relaxați ochii. Pleoapele devin grele, tot mai grele, grele și relaxate. Relaxați gâtul și ceafa. Gâtul și ceafa sunt tot mai relaxate, tot mai relaxate... tot mai destinate și mai relaxate.

Relaxați spatele. Coloana vertebrală se relaxează, se destinde, se relaxează tot mai mult. Relaxați abdomenul. Abdomenul se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult. Abdomenul este relaxat și cald, relaxat și cald. Relaxați coapsele, gamba, labele picioarelor, degetele de la picioare.

O relaxare profundă cuprinde picioarele, care devin grele și calde, grele și calde. Picioarele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele. Picioarele grele și calde, grele și calde.

Întregul corp devine tot mai relaxat, din ce în ce mai relaxat. O relaxare plăcută, odihnitoare, cuprinde umerii, brațele, mâinile, picioarele, tot corpul. Corpul este relaxat și liniștit. Rămâneți câteva minute calmi, relaxați, destinși. Rămâneți concentrați pasiv asupra stării de calm. Repetați mental cuvântul **CALM**. Trăiți o stare plăcută de calm, destindere, pace interioară.

Între respirație și relaxare există o foarte strânsă legătură. Astfel, în stările de destindere și relaxare musculară, respirația devine tot mai lentă și mai profundă.

Calmarea, încetinirea voluntară a respirației contribuie, la rândul său, la instalarea mai rapidă a stării de relaxare.

Pentru însușirea unei tehnici de relaxare se poate recurge la reglarea voluntară a ritmurilor respiratorii.

Un ciclu respirator obișnuit cuprinde două faze importante - inspirația și expirația, între acestea putând fi incluse, în unele cazuri, pauzele respiratorii sau fazele de apnee (apneea pozitivă după inspirație și apneea negativă după expirație).

Inspirația este o fază de activare, înviorare, de creștere a tensiunii psihice. Atunci când dorim să ne relaxăm, să ne destindem, trebuie să reducem tensiunea psihică. Cu toate acestea, faza de inspirație este importantă în însușirea unei tehnici de relaxare, ea fiind utilizată pentru anularea stării de destindere fizică și psihică, pentru ieșirea din starea de relaxare. Astfel, atunci când dorim să încheiem un exercițiu de relaxare, se recomandă să executăm câteva exerciții de respirație incluzând inspirații profunde și active, care vor restaura rapid starea de vigilență și tensiunea psihică. Este bine ca inspirațiile profunde să fie combinate cu exerciții fizice de flexie și extensie a membrilor, aceste mișcări fiind asemănătoare cu cele pe care le realizează omul în mod spontan, atunci când se trezește din somn.

Expirația este o fază relaxantă în cadrul ciclului respirator. Dacă realizăm o expirație lentă, profundă și ne concentrăm atenția asupra acestei faze, vor apărea destul de repede senzațiile de destindere, liniștire generală a organismului, relaxare, greutate corporală.

Curtis (1987) dă câteva indicații metodice pentru intrarea subiectului într-o stare de relaxare utilizând tehnica respiratorie:

- a) „Respirați normal. Observați ciclul respirator în mod pasiv. Cu alte cuvinte, lăsați corpul să respire singur, de la sine, autoobservându-vă calm respirația.
- b) Ignorați inspirația; nu vă gândiți deloc la ea. Permiteți organismului să inspire de la sine fără a conștientiza actul inspirator.
- c) Concentrați-vă atenția asupra expirației, gândiți-vă și vizualizați expirația.
- d) Simțiți și trăiți senzațiile specifice expirației: senzația de scufundare, de liniștire, de greutate, de relaxare.”

1. Exerciții de relaxare cu expirație:

„Adoptați o poziție comodă (culcat dorsal, sau șezând cu capul și brațele sprijinite), în timpul exercițiului mențineți o atenție pasivă. Închideți ochii și, timp de câteva cicluri respiratorii (2 până la 5), observați aerul care intră și apoi părăsește căile nazale.

În continuare, pe parcursul altor câtorva cicluri respiratorii, concentrați-vă atenția numai asupra fazei de expirație: percepeți căldura aerului care părăsește căile nazale și relaxați-vă în timp ce expirați, relaxați întregul corp în timpul expirației...lăsați-vă purtat de senzația de relaxare, continuând să vă concentrați asupra expirației.

În timp ce expirați, simțiți cum corpul se destinde, parcă se scufundă, se contopește cu mediul înconjurător.

Observați cum corpul se scufundă, se destinde, se relaxează cu fiecare

expirație. Cu fiecare expirație simțiți cum organismul se liniștește, se liniștește tot mai mult... Respirația devine tot mai liniștită, bătaia inimii se domolesc... trăiți o senzație de liniște, de pace interioară.

Ori de câte ori trăiți una dintre senzațiile descrise mai sus, lăsați-vă purtat de ea, relaxați-vă tot mai mult, din ce în ce mai mult, destindeți-vă, relaxați-vă!

Rămâneți un timp în starea de relaxare. Atunci când doriți să ieșiți din starea de relaxare, inspirați adânc, faceți câteva mișcări de extensie și flexie a membrilor și deschideți ochii”.

2. Relaxarea în etape

Și acest exercițiu se bazează pe utilizarea tehnicii respiratorii, mai precis a expirației.

Indicații metodice (Curtis, 1987):

a) Concentrați-vă atenția asupra unei anumite părți a corpului. (Este bine să porniți de jos în sus: labele picioarelor, glezne, gambe, coapse, șolduri, abdomen, torace, brațe, mâini.)

b) Atunci când expirați, căutați să simțiți relaxarea în acea parte a corpului asupra căreia vă concentrați atenția. Senzațiile corecte sunt de destindere, liniștire, greutate, relaxare.

c) Imediat după instalarea senzației de relaxare în acea parte a corpului asupra căreia v-ați concentrat, după ce ați realizat câteva cicluri respiratorii concentrându-vă asupra respectivei regiuni, comutați-vă atenția asupra zonei simetrice (braț, picior) sau asupra părții corporale imediat următoare.

d) Parcurgeți toate zonele corpului, până când majoritatea acestora sunt relaxate.

e) Rămâneți un timp în stare de relaxare, după care reveniți, realizând o inspirație profundă, câteva mișcări de flexie și extensie a membrilor și apoi deschideți ochii.

Exercițiul propriu-zis se realizează astfel:

Luați o poziție comodă, închideți ochii. Timp de câteva cicluri respiratorii urmăriți în mod pasiv propria respirație.

Îndreptați-vă apoi atenția asupra fazei de expirație și relaxați-vă în timp ce expirați Lăsați-vă purtați de senzația de destindere, relaxare, relaxați-vă tot mai mult o dată cu fiecare expirație. Concentrați-vă atenția asupra labei piciorului drept și gleznei drepte și, în timp ce expirați, observați cum tensiunea dispare din piciorul drept, piciorul drept devine greu, tot mai greu, tot mai relaxat.

Lăsați piciorul tot mai moale, să se scufunde în podea, să devină una cu podeaua. Pe măsură ce expirați, observați cum piciorul drept se scufundă în podea... Apoi, concentrați-vă atenția asupra labei piciorului stâng și a gleznei stângi: lăsați piciorul stâng să se relaxeze și să se destindă o dată cu expirația, lăsați piciorul stâng să devină greu, greu, tot mai relaxat, cu fiecare expirație.

Îndreptați-vă acum atenția asupra gambei drepte. Pe măsură ce vă concentrați asupra acestei zone, lăsați mușchii să se relaxeze, să se destindă în timp ce expirați... lăsați tensiunea să iasă în timpul expirației și relaxați gamba. Comutați atenția asupra

gambei stângi și, cu fiecare expirație, veți simți mușchii tot mai destinși, mai relaxați, gamba tot mai grea.

Îndreptați-vă acum atenția asupra coapsei drepte și veți simți cum și această parte a corpului se relaxează în timp ce expirați... se relaxează tot mai mult în timpul expirației.

Îndreptați-vă apoi atenția asupra coapsei stângi. Trăiți senzația de destindere în coapsa stângă, o dată cu fiecare expirație.

Concentrați-vă acum asupra ambelor picioare și observați senzația agreabilă de greutate ce se instalează o dată cu fiecare expirație.

Lăsați acum ca relaxarea să se instaleze în zona șoldurilor. În timp ce expirați, lăsați mușchii să se relaxeze, să se destindă.

Apoi lăsați ca relaxarea să cuprindă trunchiul, care se destinde în timp ce expirați. Simțiți cum trunchiul se destinde, se lasă, simțiți cum o greutate plăcută cuprinde trunchiul o dată cu fiecare expirație.

Concentrați-vă atenția asupra brațului și palmei drepte și, în timp ce expirați, lăsați ca starea de relaxare să pătrundă în brațul și în mâna dreaptă. Simțiți cum mușchii se lasă, cum brațul și mâna devin tot mai grele, cum o greutate plăcută le cuprinde, cum devin tot mai relaxate o dată cu fiecare expirație. Apoi concentrați-vă atenția asupra brațului stâng. Simțiți cum brațul stâng este cuprins de o greutate plăcută, cum devine tot mai relaxat, o dată cu fiecare expirație.

În continuare, permiteți ca starea de relaxare să se răspândească în tot organismul, să-l cuprindă o dată cu fiecare expirație. Simțiți și trăiți o stare de greutate plăcută, de liniște, de destindere a întregului corp. Întregul corp este liniștit, destins, în pace ... el se relaxează tot mai mult o dată cu fiecare expirație ... până când sunteți gata să încheiați exercițiul. Inspirați profund de câteva ori, îndoiți și întindeți brațele și picioarele, deschideți ochii”.

Acest tip de exercițiu de relaxare prin respirație poate fi utilizat zilnic, pentru refacerea organismului după eforturi fizice sau intelectuale. Este bine ca el să fie practicat după-amiaza, cu puțin timp înainte de a mânca. Nu este indicat ca astfel de exerciții să se practice cu stomacul încărcat sau după ingerarea unor substanțe excitante (alcool, cafea, tutun). Condițiile de practicare sunt cele specifice oricărei tehnici de relaxare cunoscute. Astfel, este bine să se lucreze într-o încăpere liniștită, în condiții corespunzătoare de temperatură (nici prea cald, nici prea frig), evitându-se revenirea bruscă din starea de relaxare, pentru a nu le provoca subiecților tulburări neurovegetative.

Exercițiul de relaxare cu respirație durează în total 5-7 minute, el putându-se asocia, în cazul persoanelor care dispun de mai mult timp, și cu alte exerciții de gimnastică respiratorie, care produc o încărcare energetică a organismului. Acestea se execută după încheierea exercițiului de relaxare cu respirație.

3. Desensibilizarea sistematică

Reprezintă o strategie comportamentală elaborată de Joseph Wolpe (1958).

Clientul își însușește o tehnică de relaxare și apoi i se cere ca în această stare

să-și imagineze situații progresiv anxiogene. Treptat, acesta devine tot mai puțin sensibil la stimulii care îi produceau înainte anxietate.

Tehnica poate fi considerată o metodă de expunere pentru că subiecților li se cere să se confrunte în plan mental cu imagini care produc anxietate.

În cursul interviului preliminar terapeutul va culege informații referitoare la anxietate și la condițiile în care se manifestă aceasta.

Etapale desensibilizării sistematice sunt următoarele (Morris, 1986):

- însușirea unei tehnici de relaxare progresiv crescătoare;
- alcătuirea unei ierarhii care să cuprindă situații anxiogene, de la cea mai puțin anxiogenă până la cea mai anxiogenă;
- desensibilizarea propriu-zisă.

Antrenamentul de relaxare se realizează prin intermediul unei versiuni modificate a tehnicii lui Jacobson (1938), descrisă în detaliu de Wolpe (1990). După ce și-a însușit relaxarea musculară, clientului i se cere să se așeze într-o poziție confortabilă și să-și imagineze scene relaxante (de pildă, că se află la munte întins în iarbă, urmărind alunecarea norilor pe un cer albastru etc).

I se cere apoi să practice relaxarea și acasă, timp de 30 de minute. Se va lucra apoi asupra alcătuirii listei de situații anxiogene, de intensitate progresiv crescătoare. Astfel, pentru un client suferind de fobie socială, cu teamă de respingere, situația cea mai anxiogenă poate fi reprezentată de respingerea de către partenera de viață, urmată de respingerea de către un prieten apropiat, apoi de cea a unui coleg de serviciu, cea mai puțin anxiogenă fiind ignorarea subiectului de către o persoană necunoscută la o petrecere.

Desensibilizarea propriu-zisă începe după câteva ședințe în care clientul și-a însușit tehnica de relaxare și a alcătuit ierarhia stimulilor anxiogeni.

La început clientul este solicitat să se relaxeze cu ochii închiși după care i se cere să-și imagineze scena neutră. Apoi acesta va trebui să-și imagineze scena cea mai puțin anxiogenă din cadrul listei. Terapeutul îl va ghida progresiv cerându-i să-și imagineze scene tot mai anxiogene până când clientul semnalizează că simte anxietatea, moment în care scena este întreruptă. Se induce din nou starea de relaxare după care se reiau scenele anxiogene din cadrul ierarhiei.

Tratamentul se consideră încheiat în momentul în care clientul reușește să rămână relaxat atunci când își imaginează scena cea mai anxiogenă.

Pentru ca tehnica să fie încununată de succes este necesar ca subiectul să realizeze și anumite teme pentru acasă care constau în practicarea relaxării și vizualizarea scenelor asupra cărora s-a lucrat în timpul ședințelor de terapie.

Treptat, clienții vor ajunge să se confrunte și cu situații reale de viață pentru a-și controla anxietatea. Folosită inițial în tratamentul anxietății și fobiilor, metoda s-a dovedit utilă și în terapia obsesiilor, anorexiei nervoase, dar și a balbismului, tulburării imaginii corporale și chiar a depresiei nervoase.

Tehnica desensibilizării sistematice este ușor acceptată de clienți pentru că aceștia sunt expuși gradat și controlat la situații anxiogene. Ei dețin controlul demersului terapeutic, putând încheia expunerea atunci când anxietatea depășește pragul lor de toleranță.

4. Strategiile de expunere

Spre deosebire de desensibilizarea sistematică, în cazul acestora expunerea se realizează în plan real. Se cunosc două variante ale strategiilor de expunere:

- Desensibilizarea „in vivo”

Presupune confruntarea progresivă cu situații tot mai anxiogene în planul vieții reale. Clienții pot încheia experiența de expunere atunci când anxietatea devine intolerabilă. Expunerea poate fi realizată împreună cu terapeutul sau cu o persoană de sprijin, special instruită. Acestea vor însoți clientul în călătorii cu metroul, liftul sau îl vor ajuta să se confrunte progresiv cu obiectul fobiei lor în condiții de securitate, ca în cazul fobiei de animale.

În cazul în care poate fi realizată efectiv, desensibilizarea în plan real este mai eficientă decât cea realizată în plan imaginar pentru că generalizarea la situațiile de viață se produce mai repede, rezultatele fiind, în același timp, mai stabile în timp.

- Metoda imersiunii („flooding”)

Constă într-o expunere prelungită în plan real sau imaginar la stimulii generatori de anxietate, fără declanșarea unor comportamente de reducere a acesteia.

Ideea care stă la baza acestei tehnici constă în aceea că și în cazul în care clientul trăiește o stare de anxietate intensă, consecințele de care acesta se teme nu se produc cu adevărat.

Tehnica imersiunii în plan imaginativ are avantajul că nu presupune nici un fel, de restricție referitoare la situațiile anxiogene, la care expunerea în plan real poate fi nu numai neetică dar adesea imposibilă, cum ar fi expunerea la situații de incendiu, viol sau catastrofă aeriană.

Expunerea imaginară poate să reproducă circumstanțele în care a avut loc trauma fără a avea însă consecințe negative concrete pentru client. Astfel, supraviețuitorii unui accident aviatic pot prezenta o serie de simptome psihopatologice cum ar fi coșmarurile, reamintirile obsedante ale evenimentului, fobie de a zbura cu avionul, anxietate sau depresie. În cazul acestora, desensibilizarea prin tehnica imersiunii în plan imaginar i-ar putea ajuta să revină la starea normală.

Tehnica imersiunii și-a dovedit utilitatea în tratamentul tulburărilor anxioase, agorafobiei, fobiilor specifice, tulburărilor obsesiv-compulsive și tulburărilor de stres post-traumatice.

Deși eficientă, metoda este evitată de unii subiecți din cauza disconfortului generat de expunerea prelungită la situații anxiogene.

Tehnicile de expunere nu sunt totdeauna suficiente pentru tratamentul anxietății, mai ales în cazul unor tulburări mai complexe, fiind necesară combinarea acestora cu alte strategii terapeutice.

5. Desensibilizarea și reprocesarea prin metoda mișcărilor oculare (DRMO)

Tehnica a fost elaborată de Francine Shapiro (1995) și include o serie de tehnici

comportamentale combinate cu utilizarea mișcărilor ritmice ale globilor oculari, tehnici utilizate în tratamentul amintirilor cu caracter traumatic.

Metoda a fost aplicată asupra victimelor unor abuzuri sexuale, în cazul șocurilor produse de confruntările militare, al supraviețuitorilor unor agresiuni, violuri sau accidente dar și la clienți, suferind de anxietate, atacuri de panică, depresie, reacții de doliu, fobii sau adicții (Shapiro, 1995).

Cercetările cele mai complexe au fost realizate în cazul tulburărilor post-traumatice de stres.

Corey (2001, p. 271) prezintă etapele metodei desensibilizării și reprocesării prin metoda mișcărilor globilor oculari.

Metoda are drept obiectiv restructurarea în plan cognitiv sau reprocesarea informațiilor.

- În cadrul primei etape se realizează interviul clinic prin intermediul căruia se obțin informații cu privire la istoria vieții clientului.

Se elaborează apoi planul de tratament care cuprinde definirea și conceptualizarea problemelor clientului și stabilirea obiectivelor terapeutice.

Se insistă asupra amintirilor cu conținut negativ care generează simptome psihopatologice, asupra situațiilor prezente care favorizează menținerea simptomelor precum și asupra deprinderilor și modelelor de comportament cu caracter adaptativ care îi sunt necesare clientului pentru o bună funcționare în plan individual și social.

- Etapa de pregătire vizează formarea alianței terapeutice și explicarea modului în care funcționează metoda care va fi aplicată. Sunt discutate expectațiile și eventualele îngrijorări ale clientului care va învăța o tehnică de relaxare.

- Etapa de evaluare își propune identificarea obiectivelor țintă, a amintirilor traumatice care generează anxietate. Se identifică reacțiile emoționale, fiziologice, imaginile și cognițiile cu conținut negativ, asociate cu evenimentul traumatic precum și gândurile și convingerile alternative realiste care ar putea contribui la reducerea anxietății.

- Etapa de desensibilizare presupune vizualizarea imaginilor cu caracter traumatizant, verbalizarea gândurilor și convingerilor negative și conștientizarea senzațiilor fiziologice. Expunerea este limitată în timp și nu durează mai mult de un minut, după care se declanșează o nouă asociație.

În timpul acestui demers clientul este instruit să urmărească degetul arătător al terapeutului care se mișcă ritmic și rapid în fața ochilor săi de aproximativ 12 până la 24 de ori.

În continuare clientului i se cere să blocheze experiențele negative inspirând profund și apoi să relateze ce anume își imaginează, simte sau gândește.

- Etapa implementării și consolidării cognițiilor pozitive care au fost inițial identificate ca înlocuitoare ale celor negative.

De pildă, victima unui viol poate nutri convingerea negativă „ar fi trebuit să mă lupt mai mult sau să fug”, convingere ce poate fi înlocuită cu afirmații de tipul urmator: „acum dețin controlul asupra situației” sau „în acele condiții am făcut tot ceea ce era omenește posibil”.

Obiectivul demersului terapeutic constă în realizarea unei asocieri între evenimentul traumatic și cognițiile cu conținut adaptativ în așa fel încât amintirile traumatizante să nu mai aibă forța de a produce anxietate și gânduri negative.

În etapa a 6-a după implementarea cognițiilor pozitive, clientului i se cere să vizualizeze din nou evenimentul traumatic împreună cu gândurile și convingerile pozitive și apoi să-și scaneze corpul prin intermediul atenției îndreptate spre interior și să identifice tensiunile musculare existente. Tehnica își atinge scopul atunci când clientul reușește să vizualizeze evenimentul traumatic și în același timp să declanșeze cogniții cu conținut pozitiv și să-și simtă corpul relaxat.

- Clientului i se va trasa sarcina ca, în timpul temelor pentru acasă, să vizualizeze evenimentul negativ, respectiv imaginile, emoțiile și gândurile care îl însoțesc. Acesta va ține un jurnal în care va nota toate aspectele psihologice negative. De asemenea, între ședințele de terapie, el trebuie să practice o tehnică de relaxare, imaginație dirijată, meditație, respirație controlată și automonitorizarea propriilor trăiri.

- Evaluarea rezultatelor trebuie realizată la începutul fiecărei ședințe de psihoterapie, când se analizează temele pentru acasă sub aspectul progreselor obținute.

Urmează redefinirea problemelor clientului, stabilirea unor noi obiective terapeutice și continuarea practicării tehnicilor de desensibilizare, restructurare cognitivă și automonitorizare.

Rezultatele terapiei sunt evaluate de client și terapeut în cadrul unui demers de tip colaborativ.

În opinia noastră, tehnica desensibilizării și reprocesării prin intermediul mișcărilor globilor oculari include elemente de hipnoză clinică ce-i sporesc eficiența.

6. Antrenamentul asertiv

Reprezintă o tehnică de antrenare a abilităților sociale.

Persoanele cărora le lipsesc abilitățile sociale au dificultăți în stabilirea unor relații interpersonale acasă, la locul de muncă, la studii sau în timpul liber.

Antrenamentul sau psihoterapia asertivă este utilă pentru următoarele categorii de subiecți (Corey, 2001):

- cei care nu sunt capabili să-și exprime iritarea sau mânia;
- cei care au dificultăți de a spune „nu”;
- cei excesiv de politicoși care îi lasă pe ceilalți să profite de pe urma lor;
- cei cărora le este greu să-și exprime dragostea sau alte sentimente pozitive;
- cei care consideră că nu au dreptul să-și exprime gândurile, convingerile sau sentimentele.

Antrenamentul asertiv pornește de la ideea că oamenii au dreptul, dar nu și obligația de a se autoexprima.

Obiectivele antrenamentului asertiv sunt următoarele:

- lărgirea repertoriului de comportamente cu caracter adaptativ care să le permită subiecților să decidă când anume trebuie să se comporte în mod asertiv;

- învățarea acestora să se exprime pe ei înșiși ținând seama de sentimentele și drepturile celorlalți pentru că asertivitatea nu presupune agresivitate.

Persoanele asertive își apără drepturile fără a le încălca însă pe ale celorlalți.

Marea majoritate a programelor de dezvoltare a asertivității au la bază principiile terapiei cognitiv-comportamentale, care postulează ideea că oamenii nu se comportă asertiv deoarece nutresc gânduri și convingeri negative disfuncționale, cu privire la faptul că nu au dreptul să-și exprime sentimentele sau ideile sau că nu merită un tratament bun din partea celorlalți.

Un astfel de mod de gândire conduce la pasivitate. Tehnicile de antrenament asertiv nu se limitează să înarmeze subiecții doar cu metode de a face față unor situații dificile, ci contribuie și la modificarea gândurilor și convingerilor disfuncționale, care stau în calea asertivității, acestea fiind înlocuite cu afirmații mai constructive.

Deși antrenamentul asertiv se poate realiza și individual, Alberti și Emmons (1995a) consideră că acesta este mai eficient dacă se desfășoară în grup.

Avantajele lucrului în grup sunt următoarele:

- grupul crează condiții propice pentru experimentarea noilor modele de comportament achiziționate;
- în grup, subiectul primește ghidare și sprijin și feed-back-uri nu numai de la terapeut, ci și de la ceilalți membri ai grupului;
- deoarece antrenamentul asertiv are ca obiectiv procesarea terapeutică a anxietății specifice situațiilor psihosociale, grupul permite subiecților depășirea acestor dificultăți într-un mediu securizant.

7. Programele de „self-management” și de comportament autodirijat¹

Prin intermediul acestor programe clienții își însușesc tehnici de reglare și autoreglare psihică în scopul de a-și conduce existența într-un mod mai eficient.

Strategiile de „self-management” au pătruns în domeniul terapiei și mai ales al consilierii psihologice începând cu anii 1970 și cuprind metode de automonitorizare, autorecompensare, contracte realizate cu propria persoană și controlul stimulilor.

Aceste programe pornesc de la premisa că oamenii trebuie să învețe diverse strategii de a rezolva situații problematice, aceștia asumându-și responsabilitatea punerii lor în aplicare în viața de zi cu zi.

Clienții care urmează cursuri de self-management sunt cei care decid ce comportamente ar dori să modifice (de pildă, fumat, consum de alcool, droguri, mâncat excesiv etc). Aceștia descoperă, de regulă, faptul că ceea ce îi împiedică să-și atingă obiectivele este lipsa anumitor deprinderi de viață.

Cormier și Cormier (1998) prezintă caracteristicile unui program eficient de „self-management”:

- O combinație de metode și tehnici este de cele mai multe ori mai eficientă decât aplicarea unei singure strategii.

¹ Corey, 2001, p. 275.

• Strategiile de „self-management” trebuie utilizate cu regularitate o perioadă suficient de lungă de timp pentru a se obține rezultate evidente.

• Clienții trebuie să-și stabilească obiective realiste și să evalueze permanent măsura în care acestea sunt îndeplinite.

• Utilizarea metodei autoîntăririlor reprezintă un element important în cadrul programelor sau pentru menținerea schimbărilor care au fost obținute.

Programele de comportament autodirijat reprezintă o variantă a celor de „self-management”.

Watson și Tharp (1997) propun un astfel de program care cuprinde patru trepte:

- Stabilirea obiectivelor

Terapeutul consilier împreună cu clientul vor cădea de acord în legătură cu schimbările comportamentale dorite. Se va lucra asupra fiecărui obiectiv în parte, acestea fiind abordate pe rând.

Obiectivele trebuie să fie accesibile, măsurabile, exprimate pozitiv și semnificative pentru client.

- Transformarea obiectivelor în comportamente „întă”

Pentru a realiza acest lucru, clientul va trebui să răspundă la întrebarea: „ce tip de comportament aș dori să crească sau să scadă în frecvență?”

- Automonitorizarea

Clientul va fi instruit să-și observe și să-și noteze în mod sistematic și deliberat comportamentele prin intermediul unor jurnale în care se vor nota nu numai frecvența și intensitatea unui comportament specific, ci și elemente legate de antecedente, cauzele și consecințele acestuia.

- Stabilirea unor planuri care să cuprindă strategii de schimbare

Acest stadiu va începe cu o comparație între datele obținute în urma automonitorizării unui comportament și standardele clientului referitoare la comportamentele dezirabile.

Clienții vor realiza apoi o evaluare a modificărilor în plan comportamental pe care doresc să le obțină și declanșează acțiuni menite să conducă la schimbările respective. Tehnica autoîntăririi este utilizată apoi pentru a facilita implementarea noilor modele de comportament în viața cotidiană.

Planul de acțiune este revizuit și adaptat în mod continuu pe măsură ce sunt culese informații care prezintă aspecte pozitive sau negative în legătură cu aplicarea.

8. Psihoterapia multimodală¹

Este un sistem terapeutic eclectic și flexibil de orientare comportamentalistă care a luat naștere prin introducerea progresivă a unor noi tehnici de intervenție precum și prin perfecționarea celor existente deja. Tehnicile sunt preluate din cadrul altor sisteme terapeutice.

Caracteristica principală a acestui demers constă în aceea că strategiile

¹ Lazarus, 1971, 1986, 1989, 1995, 1997a.

terapeutice sunt adaptate fiecărui client în parte, în funcție de particularitățile existenței sale. Principalele metode utilizate sunt tehnicile de reducere a anxietății, de repetare în plan comportamental, bio-feed-back, antrenarea deprinderilor de comunicare, contractele terapeutice, hipnoza, meditația, relaxarea, modelarea, strategiile prin intervenție paradoxală, tehnica imaginației dirijate, a întăririi pozitive, antrenamentul asertiv, tehnica opririi gândurilor și altele (Lazarus, 1987).

Această orientare eclectică împrumută diverse tehnici din cadrul altor sisteme de terapie fără însă a prelua și baza lor teoretică, aceasta rămânând una de natură comportamentală.

Lazarus (1989, 1997b) este de părere că personalitatea umană cuprinde șapte zone de funcționare denumite BASICID (B = behavior; A = afective responses; S = sensations; I = images; C = cognitions; I = interpersonal relationships; D = drugs, biological functioning, nutrition and exercise):

- comportament;
- processe afective;
- sensibilitate;
- reprezentări (imagini);
- cogniții;
- relații interpersonale;
- medicamente; processe fiziologice; nutriție și exerciții fizice.

Deși aceste zone sau sectoare ale vieții se află în permanentă interacțiune, evaluarea și strategiile de intervenție trebuie să țină seama de fiecare dintre ele. Mai precis, prin intermediul psihoterapiei trebuie corectate cognițiile iraționale, comportamentele dezadaptative, stările afective negative, imaginile cu conținut negativ, relațiile interpersonale stresante, senzațiile neplăcute și posibilele dezechilibre de tip biochimic.

Terapeuții aparținând acestei orientări sunt de părere că, cu cât mai multe deprinderi de rezolvare de probleme își însușește clientul în timpul terapiei, cu atât mai mică este probabilitatea ca vechile sale probleme să reapară.

Principiile care stau la baza terapiei multimodale sunt următoarele (Lazarus, 1997a):

- Ființele umane interacționează la nivelul celor șapte zone de funcționare specifice sistemului (BASICID);
- Aceste zone sau sectoare sunt interconectate și funcționează ca sisteme interactive;

O evaluare corectă trebuie să țină seama de toate aceste aspecte, precum și de interacțiunile dintre ele.

O abordare terapeutică eficientă implică realizarea unor corecții la nivelul fiecărei zone de funcționare specifice personalității clientului. Demersul de evaluare presupune adresarea unor întrebări care să furnizeze informații referitoare la cele șapte sectoare de funcționare psihică (Lazarus, 1989, 1995, 1997a).

1. Comportamentul

Se va evalua comportamentul deschis exprimat prin intermediul acțiunilor, deprinderilor și reacțiilor observabile și măsurabile. Clientului i se vor adresa

întrebări de tipul următor: „Ce anume ai dori să modifice?”; „Ce ai dori să începi să faci?”; „Ce ai dori să începi să nu mai faci?”; „Care crezi că sunt punctele tale «tari»?”; „Ce comportamente te împiedică să realizezi ceea ce îți dorești?”; „Cât ești de activ în viața de zi cu zi?” etc.

2. Stările afective

Se referă la emoții, dispoziții și sentimente. Întrebările adresate sunt următoarele:

„Ce emoții trăiești mai des?”; „Ce anume te face să râzi?”; „Ce te face să plângi?”; „Ce te face fericit, trist, speriat sau furios?”; „Care sunt stările emoționale care îți creează probleme?” etc.

3. Sensibilitate

Se referă la modalitățile senzoriale: tactilă, gustativă, olfactivă, vizuală și auditivă.

Exemple de întrebări sunt: „Ai senzații neplăcute cum ar fi dureri, înepături, amețeli sau altele?”; „Ce anume îți place sau nu-ți place în ceea ce vezi, auzi, simți, miroși sau guști?” etc.

4. Imaginile (reprezentările)

Cuprind amintiri, vise, fantezii, întrebările adresate fiind de următorul tip: „Care sunt amintirile sau visele care te tulbură cel mai des?”; „Ai o imaginație bogată?”; „Cum îți privești trupul?”; „Cum te vezi pe tine însuși?”; „Cum ai dori să te vezi în viitor?”

5. Cognițiile

Cuprinde ideile, opiniile, judecățile, vorbirea interioară care constituie sistemul atitudinal, de convingeri, norme și valori ale subiectului.

Terapeutul va adresa întrebări de tipul:

„În ce măsură gândurile tale îți afectează stările emoționale?”; „Care sunt principalele tale atitudini și convingeri?”; „Care sunt gândurile negative care îți vin în minte?”; „Care sunt convingerile eronate pe care le nutrești?”; „La ce te referi mai mult atunci când îți spui în gând «trebuie neapărat»?”; „Cum îți afectează aceste convingeri modul de viață?”

6. Relațiile interpersonale se referă la relațiile clientului cu alți oameni, întrebările adresate fiind: „Cât de mult îți dorești să ai relații apropiate cu ceilalți?”; „Ce aștepti de la persoanele semnificative din viața ta?”; „Ce anume aștepti de la tine însuși?”; „Există unele relații cu alte persoane pe care ai dori să le modifice? Dacă da, ce fel de schimbări dorești?”

7. Aspecte biologice. Medicamente

Cuprinde deprinderile de nutriție și de exercițiu fizic, precum și eventualele tratamente urmate.

Întrebările sunt următoarele: „Îți faci griji în legătură cu starea ta de sănătate?”; „Lei medicamente prescrise, prezentate în cadrul unor reclame TV sau recomandate de prieteni?”; „Care sunt deprinderile și obiceiurile tale în ceea ce privește dieta, exercițiile fizice sau modul de petrecere a timpului liber?” etc.

Aceste întrebări cu caracter preliminar scot în evidență anumite probleme semnificative pe baza cărora se poate stabili profilul BASICID al clientului.

Odată stabilit acesta se vor examina interacțiunile dintre diferitele aspecte ale profilului și apoi se vor alege strategiile specifice pentru ameliorarea fiecărei zone problematice.

Pentru ca demersul terapeutic să fie de scurtă durată, adecvat și suficient, terapeutul va trebui să culeagă informații referitoare la următoarele probleme (Lazarus, 1997a, 1998b):

- Stări afective conflictuale sau ambivalente;
- Comportamente cu caracter dezadaptativ;
- Informații eronate;
- Lipsa unor informații;
- Presiuni și solicitări cu caracter interpersonal;
- Agenți stresanți care acționează în afara rețelei de relații interpersonale directe;
- Experițe traumatice severe;
- Disfuncții fiziologice.

Unul dintre principiile de bază ale terapiei multimodale constă în aceea că extensiunea este mai importantă decât profunzimea. Astfel, cu cât clientul își va însuși mai multe strategii adaptative, cu atât șansa de recădere va fi mai redusă (Lazarus, 1996a).

Terapeutul va identifica aspecte specifice din cadrul fiecărui sector al modelului BASICID, aspecte care vor deveni ținte ale procesului de schimbare.

Clientul va fi dirijat să-și însușească tehnici de combatere a gândurilor negative, tehnici de relaxare pentru a face față situațiilor stresante sau abilități de relaționare interpersonală.

Deprinderile învățate vor fi ulterior aplicate pentru a rezolva problemele specifice vieții cotidiene.

Terapeutul specializat în psihoterapie multimodală joacă un rol activ în cursul terapiei, acționând în calitate de antrenor, educator, consilier și servind drept model pentru client. Acesta îi furnizează clientului informații, instrucțiuni, feed-back-uri, contribuie la modelarea comportamentelor asertive, îl ajută să identifice, să combată și să înlocuiască gândurile și convingerile disfuncționale, oferă sugestii, realizează o critică de tip constructiv, oferind întăriri pozitive și contribuind la facilitarea autodezvoltării clientului.

Un terapeut eficient trebuie să fie o persoană flexibilă („un adevăratameleon”, Lazarus, 1993), capabilă să adopte diverse stiluri interpersonale și care să cunoască un număr mare de strategii și tehnici terapeutice.

Terapeutul este cel care decide când trebuie să se comporte directiv sau suportiv, cu căldură afectivă sau rezervat, într-o manieră formală sau mai puțin formală.

CAPITOLUL III ABORDAREA COGNITIV- COMPORTAMENTALĂ ÎN PSIHOTERAPIE ȘI CONSILIEREA PSIHOLGICĂ

La ora actuală există peste 20 de orientări terapeutice care se consideră cognitive sau cognitiv-comportamentale (Dattilio și Padesky, 1990; Mahoney și Lyddon, 1988).

Deși aceste abordări se diferențiază între ele, acestea au în comun următoarele particularități:

- Existența unei relații de colaborare între client și terapeut;
- Concepția conform căreia tulburările psihopatologice se datorează unor distorsionări cognitive;
- Focalizarea terapiei asupra modificării cognițiilor în vederea restructurării dorite la nivelul proceselor afective și al comportamentului;
- Caracterul limitat în timp și abordarea de tip educațional centrată pe probleme specifice, clar structurate (Arnkoff și Glass, 1992; Dobson și Block, 1988; Weishaav, 1993).

În cadrul terapiei se acordă o atenție deosebită realizării unor teme pentru acasă, clientului i se atribuie responsabilitatea schimbării, acesta jucând un rol activ în cadrul demersului psihoterapeutic și se aplică o serie de strategii concrete de producere a schimbării.

1. Psihoterapia cognitivă a lui Aaron Beck (CT)

Terapia cognitivă își propune să evidențieze și să modifice gândurile negative și convingerile disfuncționale care generează clienților simptome psihopatologice.

Principiul teoretic care stă la baza terapiei postulează faptul că modalitatea în care oamenii simt și acționează este determinată de modul în care aceștia își percep și își structurează experiențele. De aici rezultă următoarele axiome:

- lumea comunicării interne a subiectului uman este accesibilă unui proces de natură introspectivă;
- convingerile clienților sunt puternic încărcate de semnificații subiective;

- aceste semnificații trebuie descoperite de către client mai curând decât furnizate de-a gata de către terapeut (Weishaav, 1993).

Pentru a putea înțelege unele tulburări emoționale este necesară înțelegerea factorilor cognitivi prin intermediul cărora individul interpretează un eveniment sau situație stresantă. Obiectivul terapiei constă în identificarea și înlocuirea gândurilor negative automate și accesarea, prin intermediul acestora a schemelor disfuncționale de bază care sunt, în ultimă instanță, responsabile de producerea tulburărilor psihopatologice.

În cursul terapiei, clienții vor fi învățați să adune dovezi împotriva gândurilor negative și a convingerilor disfuncționale și apoi să le înlocuiască cu unele mai realiste, cu caracter adaptativ.

Studiile clinice au evidențiat faptul că acest demers terapeutic și-a dovedit utilitatea în tratamentul depresiei, anxietății (Beck, 1991b), fobiilor, tulburărilor psihosomatice, tulburărilor conduitei alimentare, iritabilității, atacurilor de panică (Dattilio și Salas-Auvert, 1998), abuzului de substanțe (Beck, Wright, Newman și Liese, 1993), durerilor cronice (Beck, 1987), fiind utilizat cu succes și în cadrul intervenției în situațiile de criză (Dattilio și Freeman, 1994).

Principiile terapiei cognitive

Beck, inițial terapeut de orientare psihanalitică, a fost interesat de așa-numitele „gânduri automate” ale clienților săi, declanșate de anumiți stimuli externi și care conduceau la apariția unor reacții emoționale. Autorul a constatat faptul că persoanele care suferă de tulburări emoționale au tendința de a comite mai multe erori de logică menite să deformeze realitatea în sens negativ, generând depresie sau anxietate.

Simptomele psihopatologice sunt generate de gândirea distorsionată, inferențe arbitrare, informații incorecte sau arbitrare precum și de incapacitatea subiectului de a face distincția între realitate și ficțiune. Cele mai frecvent întâlnite erori de logică ce conduc la afirmații false și concepții greșite au fost denumite de Beck și colaboratorii săi „distorsionări cognitive” (Beck et al., 1979; Beck și Weishaar, 1995; Dattilio și Freeman, 1992):

- Inferențele arbitrare, care constau în aceea că subiectul trage o serie de concluzii fără a avea argumente relevante.

Aici putem include tendința spre „catastrofalizare” care îl determină pe individ să prevadă cele mai dezastruoase consecințe pentru majoritatea situațiilor.

Astfel, un terapeut începător își poate începe activitatea nutrind convingerea că nu îl vor agrea nici clienții, nici colegii.

- Abstragerea selectivă se referă la desprinderea unei concluzii pe baza unui element izolat, ignorându-se celelalte informații, precum și contextul general.

Un student care a căzut la un examen, dar a trecut cu note mari la toate celelalte, își va aprecia întreaga activitate școlară în termeni negativi, pornind de la acest fapt singular.

- Suprageralizarea reprezintă un proces asemănător care constă în formarea unor convingeri cu caracter absolutist sau extrem, pornind de la un

eveniment izolat. Astfel, dacă un psiholog are dificultăți să lucreze cu un copil, el va concluziona că nu va putea lucra cu nici un copil și chiar cu nici un fel de client.

- Amplificarea și minimalizarea implică exagerarea sau dimpotrivă reducerea importanței unui eveniment. Un profesor care comite o eroare pedagogică poate considera că aceasta va conduce la distrugerea întregii cariere a elevului, sau, dimpotrivă, obținerea unei medalii la o olimpiadă este privită ca o întâmplare lipsită de importanță.

- Personalizarea reprezintă tendința subiectivă a unor indivizi de a raporta evenimentele externe la propria lor persoană, fără a avea vreun temei pentru a proceda astfel. Dacă un client nu mai revine la terapie după o primă ședință, terapeutul va considera că acest lucru se datorează performanțelor sale slabe.

- Etichetarea se referă la faptul că o persoană își atașează o etichetă negativă prin care se definește ca persoană, pornind de la o greșală particulară. De pildă, un medic care a dat un diagnostic eronat își poate spune în gând: „sunt un prost, un ratat”.

- Gândirea de tip dihotomic presupune evaluarea tuturor situațiilor în culori extreme: „alb-negru, totul sau nimic”.

Un student care gândește în acest mod nu se va considera o persoană obișnuită care greșește uneori, ci va dori fie să se comporte ca un student perfect, fie va considera că „nu este bun de nimic”.

Strategiile terapeutice specifice terapiei cognitive își propun, așa cum am mai subliniat, să cerceteze emoțiile și comportamentele disfuncționale prin intermediul modificării modului distorsionat de gândire.

Terapeutul cognitivist îl va învăța pe client să identifice distorsionările cognitive care îi produc tulburări emoționale și comportamente dezadaptative. De asemenea acesta va fi ajutat să facă distincție între propriile gânduri și convingeri și datele realității.

În continuare acesta va învăța să-și monitorizeze gândurile și convingerile negative. După ce clientul a realizat un „insight” (iluminare) în legătură cu modul său irațional de a gândi, terapeutul îl va ajuta să testeze gradul de veridicitate a gândurilor și convingerilor sale disfuncționale, examinând dovezile care vin în sprijinul sau sunt împotriva acestora. Strategiile terapeutice includ tehnica dialogului socratic realizat împreună cu terapeutul, verificări prin intermediul realizării unor sarcini în plan comportamental, strângerea de dovezi și găsirea unor explicații alternative pentru anumite fenomene.

Clienții își vor formula anumite ipoteze referitoare la comportamentul lor și își vor însuși strategii de a face față cerințelor vieții și de rezolvare de probleme.

Prin intermediul procesului descoperirii dirijate, clienții vor înțelege legătura dintre maniera de a gândi și modul de a simți și acționa.

Terapia cognitivă este scurtă, limitată în timp și focalizată în special pe evenimentele prezente, deși anumite aspecte din cadrul istoriei vieții clientului pot fi abordate în cursul terapiei în anumite situații:

- atunci când clientul manifestă o nevoie imperioasă de a vorbi despre trecutul său;

- atunci când terapeutul consideră că datele din trecut sunt esențiale pentru a

evidenția modul în care au fost formate și structurate convingerile disfuncționale de bază - schemele cognitive - care generează gânduri negative cu caracter situațional.

Obiectivele demersului terapeutic presupun reducerea simptomelor, rezolvarea problemelor clientului și prevenirea recăderilor.

Relația terapeutică din cadrul terapiei cognitive este caldă, empatică, non-evaluativă și se bazează pe încredere.

Relația terapeutică caldă, empatică, non-evaluativă, specifică terapiilor umaniste este considerată de cognitiști necesară, dar nu suficientă pentru bunul mers al terapiei.

Terapeutul trebuie să realizeze și o conceptualizare a cazului, să fie activ și creativ, să poată ghida clientul în timpul dialogului socratic și de autodescoperire și să stăpânească bine tehnicile cognitive și comportamentale de rezolvare de probleme. Rolul terapeutului cognitiv este unul de catalizator care îl ajută pe client să înțeleagă modul în care gândurile, atitudinile și convingerile îi influențează modul de gândire și acțiune.

Acesta va acționa corectând cognițiile clienților, fapt ce va facilita demersul de schimbare și îl va ajuta pe acesta să-și formeze noi deprinderi de viață (Beck et al, 1979; Beck și Weishaar, 1995).

Clientul va juca, la rândul său, un rol activ în timpul demersului terapeutic, acesta prezentând problemele asupra cărora dorește să lucreze, identificând și modificând distorsionările cognitive, rezumând elementele esențiale din cadrul terapiei și ducând la îndeplinire temele pentru acasă.

Terapeutul și clientul vor colabora pentru formularea ipotezelor care vor fi apoi testate pentru a li se confirma sau infirma veridicitatea. Așa cum am mai subliniat, Beck (1992, 1995) este de părere că este mai eficient ca pacientul să descopere singur modalități alternative de gândire decât să-i fie sugerate de terapeut. În cele din urmă clienții învață să devină proprii lor terapeuți, capabili să-și restructureze stilul disfuncțional de gândire, să-și rezolve problemele și să prevină posibilele recăderi.

Temele pentru acasă sunt structurate în funcție de problematica specifică a fiecărui client, obiectivul acestora fiind de a-i învăța pe clienți noi deprinderi de rezolvare de probleme și de a-și testa convingerile în noile situații de viață.

Psihoterapia cognitivă și-a dovedit inițial utilitatea în tratamentul depresiilor, dar studiile viitoare au demonstrat eficiența acestuia și în alte tipuri de tulburări (Dattilio și Freeman, 1994; Granwold, 1994), cum ar fi:

- tulburarea anxioasă generalizată;
- atacurile de panică;
- anxietatea de performanță;
- fobia socială;
- fobiile specifice;
- tulburarea posttraumatică de stres;
- durerile cronice;
- tulburările de adaptare;
- comportamentul suicidar;

- tulburările de personalitate;

- ameliorarea comportamentului unor clienți psihotici aflați în remisiune.

Indiferent de problematica abordată, terapeutul îl va ajuta pe client să ajungă la interpretări cu caracter alternativ a situațiilor de viață care îl tulbură. Astfel, o studentă care prezintă dispoziție depresivă, poate evalua astfel situația în care asistentul nu îi cere să ia cuvântul la seminar. „El crede despre mine că sunt o proastă și că nu am nimic interesant de spus; desigur el are dreptate pentru că toți colegii sunt mai inteligenți și mai bine pregătiți decât mine: totdeauna m-am simțit inferioară celorlalți.”

Sub îndrumarea terapeutului clienta va găsi și alte explicații posibile pentru comportamentul asistentului: acesta se grăbește; el cunoaște deja punctul de vedere al studentei în cauză; el dorește să testeze nivelul de pregătire al altor studenți etc. Terapeutul îl va ajuta pe client să identifice distorsionările cognitive din cadrul gândurilor negative automate declanșate de o anumită situație stresantă. Pornindu-se de la aceste gânduri negative situaționale, se va ajunge la convingerile disfuncționale de bază, formate în copilărie, în urma interacțiunii cu persoane semnificative și care reprezintă reguli de viață prin intermediul cărora subiectul se evaluează pe sine însuși, pe ceilalți și lumea înconjurătoare. Gândurile și convingerile disfuncționale vor fi combătute și în cele din urmă înlocuite cu unele alternative, realiste.

Rolul terapiei cognitive în depresii

Beck (1963, 1988) consideră că modul negativ și distorsionat de a gândi stă la baza instalării tulburării depresive.

În 1987 autorul scria despre așa-numita triadă cognitivă care conduce la depresie. Primul element al triadei respective se referă la faptul că subiectul are o imagine negativă față de propria persoană. Acesta își minimizează calitățile și își accentuează defectele, considerând că deficiențele sale îl împiedică să fie fericit. Al doilea element al triadei constă în tendința subiectului de a interpreta în mod negativ evenimentele vieții, extrăgând selectiv doar acele elemente care vin să le confirme concluziile (procesul de abstragere selectivă). Al treilea element se referă la viziunea pesimistă a depresivului asupra viitorului. Acesta consideră că problemele și dificultățile sale vor continua la nesfârșit, anticipând doar nenorociri și eșecuri pentru viitor.

Persoanele depresive își fixează, de regulă, obiective rigide, perfecționiste, imposibil de atins. Expectațiile lor negative sunt atât de puternice încât și atunci când înregistrează vreun succes se așteaptă la eșecuri în acțiunile asemănătoare pe care le vor întreprinde în viitor.

Gândurile negative ale persoanelor depresive se concentrează în jurul unor dezastre, pierderi ireversibile și eșecuri, fapt ce le produce tristețe, dezamăgire și stări de apatie. Abordarea terapeutică se focalizează asupra ariei problematice specifice și a motivelor pe care le invocă subiecții pentru starea lor depresivă. Astfel, unele dintre simptomele comportamentale ale depresiei sunt: inactivitatea, retragerea și tendința de evitare. Clienții afirmă că sunt prea obosiți să întreprindă

ceva, că se vor simți și mai rău dacă vor încerca și că vor eșua indiferent ce vor face.

Terapeutul va utiliza dialogul socratic, adresându-le întrebări de tipul următor: „Ce se va întâmpla dacă veți încerca să faceți acest lucru?”

„De unde știți că este inutil să încercați?” etc.

Strategia terapeutică va consta în stabilirea unui program care va cuprinde sarcini gradate care trebuie îndeplinite de client. La început se trasează sarcini facile care au mari șanse să fie îndeplinite de succes și care vor contribui la formarea unei atitudini mai optimiste.

Terapeutul va trebui să-l convingă pe client că dacă va întreprinde ceva se va simți mai bine decât dacă nu face nimic.

Unii clienți depresivi nutresc idei cu conținut suicidar.

În astfel de cazuri, terapeutul îi va ajuta să găsească alternative pentru situația în care se află (în afară de a renunța la viață) și să reducă problemele complexe la unele de dimensiuni mai reduse, posibil de soluționat. De pildă, i se poate cere clientului să alcătuiască liste cu motivele pentru a trăi și cele pentru a muri. În continuare se pot identifica moduri alternative de a vedea problemele și de a le soluționa în mod constructiv.

O trăsătură caracteristică a depresivului este reprezentată de înclinația sa către autocritică. La baza autodevalorizării persoanei se află atitudini de inadecvare, slăbiciune și lipsă de responsabilitate etc.

Terapeutul îi va adresa clientului întrebări de tipul următor:

„Oare dacă eu aș face o astfel de greșeală m-ai disprețui tot atât de mult cum te disprețuiești pe tine însuși?”

Va fi evidențiată și tirania imperativelor categorice care generează depresie și imagine de sine negativă. Subiecții depresivi afirmă, de asemenea, faptul că se simt o puternică durere morală și că nimic nu îi poate face să se simtă mai bine.

În astfel de situații o strategie eficientă poate fi utilizarea simțului umorului. Terapeutul va trebui însă să fie foarte atent să nu-l ironizeze pe client ca persoană, ci doar unele din trăirile sau comportamentele sale particulare.

În cazul în care clientul reușește să se amuze puțin, acest lucru poate reprezenta un antidot împotriva stării de tristețe.

O altă trăsătură caracteristică a depresivului constă în faptul că acesta va avea tendința de a exagera importanța problemelor, solicitărilor și presiunilor externe. Subiectul se simte depășit de câte lucruri are de realizat și pe care crede că nu va fi niciodată capabil să le ducă la bun sfârșit.

Terapeutul îl va ajuta pe client să stabilească liste de priorități, să verifice modul de îndeplinire a sarcinilor și să fragmenteze problemele complexe în părți componente.

După discutarea problemelor care îi frământă, clienții încep să conștientizeze faptul că au tendința de a-și amplifica dificultățile personale. În urma procesării terapeutice, clienții dobândesc o altă perspectivă asupra existenței lor și a sarcinilor pe care le au de îndeplinit.

Împreună cu terapeutul, aceștia realizează o listă a responsabilităților, stabilesc priorități și elaborează planuri realiste de acțiune. Deoarece punerea în practică a acestor planuri de acțiune este adesea inhibată de gânduri negative autoperturbatoare, terapeutul îi va ajuta pe clienți să le identifice și să le modifice prin intermediul unor strategii cognitive. După ce au învățat să lupte împotriva îndoielilor lor, combătându-le în timpul ședinței de psihoterapie, clienții vor fi ajutați să aplice noile deprinderi cognitive și comportamentale în situații reale de viață.

Modelul terapiei cognitive modificate al lui Meichenbaum (1977) CBM

Esența acestui demers terapeutic constă în modificările realizate la nivelul vorbirii interioare a clientului. Autorul este de părere că afirmațiile făcute de individ în limbaj interior afectează în aceeași măsură comportamentul persoanei ca și remarcile celorlalți. Acest demers terapeutic are în comun cu terapia cognitivă și rațional-emoțională convingerea că stările emoționale negative și autoperturbatoare reprezintă rezultatul modului disfuncțional de a gândi al subiectului.

Elementul specific al acestui sistem de psihoterapie constă în aceea că subiectul va fi ajutat să conștientizeze vorbirea interioară și apoi să modifice autocomenzile prin intermediul cărora își reglează comportamentul. O atenție deosebită este acordată achiziționării unor deprinderi practice de a face față diverselor probleme de viață, deprinderi care îi vor permite clientului să renunțe la comportamente de tip agresiv, la teama de evaluare sau de a vorbi în public. Elementul central al terapiei îl reprezintă restructurarea cognitivă prin care autorul înțelege conștientizarea momentului potrivit în care fluxul gândirii trebuie să continue, să fie stopat sau modificat.

Schimbările în plan comportamental se vor realiza în mod mediat, prin restructurarea vorbirii interioare, proces care are loc în trei etape:

1. Etapa autoobservației

Într-o prima fază clientul este învățat să-și autoobserve comportamentul.

La începutul terapiei limbajul său interior abundă în afirmații și imagini cu conținut negativ, un element de vulnerabilitate reprezentându-l tendința clientului de a crede în aceste afirmații.

În cazul în care clientul dorește să realizeze un progres el trebuie să conștientizeze faptul că nu este o victimă a gândurilor și stărilor sale afective negative, ci dimpotrivă că acesta contribuie la propria sa tulburare datorită afirmațiilor pe care le face în limbaj interior.

2. Dezvoltarea unui nou tip de dialog interior

Sub îndrumarea terapeutului, clientul începe să conștientizeze caracterul dezadaptativ al comportamentelor sale și întrevede posibilitatea construirii unor noi modele de conduită, declanșate de un alt tip de dialog interior. Acesta va conduce la modificarea comportamentului care, la rândul său, va avea un impact pozitiv asupra structurilor cognitive ale subiectului.

3. Achiziționarea unor noi deprinderi de viață

Clientul își va însuși noi deprinderi de a face față problemelor vieții, deprinderi pe care le va aplica în situații reale. Acesta va continua să-și spună în gând anumite afirmații cu conținut pozitiv și să observe consecințele. Pe măsură ce subiectul se comportă în mod diferit în anumite situații, acesta va constata reacții diferite din partea celorlalți.

Achiziționarea deprinderilor de viață se realizează respectându-se următorii pași:

- se investighează situațiile generatoare de anxietate prin intermediul unor tehnici de imaginație dirijată și role-playing;
- i se solicită clientului să-și evalueze nivelul anxietății;
- învățarea acestuia să conștientizeze prezența cognițiilor generatoare de anxietate care apar în situațiile stresante;
- reevaluarea conținutului afirmațiilor realizate în limbaj interior și înlocuirea acestora;
- notarea nivelului anxietății după reevaluare.

Aceste programe de dezvoltare a deprinderilor de viață s-au dovedit utile în tratamentul fobiilor specifice, al fobiei sociale (teamă de a vorbi în public), al tracului de examene, în terapia comportamentelor adictive, disfuncțiilor sexuale psihogene, precum și în tratarea comportamentului de evitare la copii (Meichenbaum, 1977, 1986).

O variantă a programului de dezvoltare a deprinderilor de viață o reprezintă tehnica de management a stresului, realizată prin intermediul strategiei denumite „inocularea stresului” (SIT) (Meichenbaum, 1985), strategie oarecum asemănătoare cu imunizarea care se realizează la nivel fiziologic.

Subiecții sunt confrunțați cu situații stresante de nivel mai redus și treptat ei dezvoltă o toleranță mai ridicată față de agenți stresanți de intensitate mai mare.

Antrenamentul are la bază ipoteza conform căreia capacitatea de a face față stresului se amplifică în urma modificării convingerilor și afirmațiilor referitoare la modul în care individul face față situației stresante.

Tehnica inoculării stresului reprezintă o combinație de metode cum ar fi: furnizarea de informații, dialogul socratic, restructurarea cognitivă, rezolvarea de probleme, relaxare, repetare în plan comportamental, precum și modificarea unor situații din ambianță.

Antrenamentul de inoculare a stresului se realizează în trei etape (Meichenbaum, 1985):

- etapa conceptuală;
- etapa achiziționării deprinderilor și a repetării;
- etapa aplicațiilor și etapa de evaluare.

În timpul etapei de conceptualizare se va crea și consolida relația terapeutică, vor fi discutate principalele probleme ale clientului, care va fi ajutat să observe modul cum reacționează în situații de stres. Se va discuta rolul cognițiilor și stărilor afective în generarea și menținerea stresului.

Vor fi aplicate tehnicile prezentării didactice a informațiilor, cea a dialogului socratic, precum și aceea a descoperirii dirijate. Clienții se prezintă de cele mai multe ori la psihoterapie considerându-se victime ale împrejurărilor exterioare, gândurilor, stărilor afective și comportamentelor asupra cărora consideră că nu au nici o posibilitate de control.

Terapeutul îi va ajuta să înțeleagă rolul pe care ei îl joacă, în generarea stresului la care sunt supuși, învățând să observe afirmațiile realizate în limbaj interior și să monitorizeze comportamentele dezadaptative. Aceste automonitorizări continuă și pe parcursul celorlalte etape ale terapiei.

În cadrul celei de-a doua etape, de achiziționare a deprinderilor și de repetare, demersul terapeutic este focalizat pe achiziționarea unor tehnici de a face față situațiilor stresante („*coping skills*”).

Clienții sunt ajutați să înțeleagă faptul că atât comportamentele disfuncționale cât și cele cu caracter adaptativ sunt direct legate de conținutul dialogului interior. În continuare aceștia descoperă și repetă noi întrebări și afirmații la nivelul limbajului interior pentru a face față mai bine stresului, ca în exemplele următoare:

„Cum pot să mă pregătesc pentru a face față stresului? (Ce anume trebuie să fac?)”;

„Trebuie să elaborez un plan pentru a face față situației stresante?” etc.

„Cum pot face față emoțiilor care mă copleșesc? (Ce trebuie să fac în momentul acesta?)”; „Cum pot să-mi controlez temerile?”;

„Ce trebuie să-mi spun în gând pentru a mă simți mai bine?”

În cadrul programului de management al stresului clienții sunt supuși și unor strategii de tip comportamental cum ar fi: relaxarea, meditația, respirația controlată, antrenarea unor deprinderi de comunicare socială, de planificarea a timpului sau de stabilire a unor priorități. Este încurajată, de asemenea, și practicarea unor exerciții fizice (plimbări în aer liber, înot, jogging etc).

Etapa aplicării și evaluării este dedicată implementării în practică a celor învățate.

Clienții vor exersa practicarea vorbirii interioare cu conținut pozitiv și vor aplica deprinderile de a face față stresului în cadrul unor sarcini pentru acasă.

Modalitatea de îndeplinire a acestora este discutată în cadrul viitoarelor ședințe de psihoterapie.

Evaluările de amploare mai mare au loc la 3, 6 și 12 luni de la încheierea programului de psihoterapie.

Antrenamentul de management al stresului are o serie de aplicații practice în controlul anxietății și ostilității, în dezvoltarea comportamentului asertiv, în dezvoltarea unor disponibilități creative ale subiectului, în terapia tulburărilor depresive, a unor afecțiuni somatice, precum și în cazul tulburărilor posttraumatice de stres.

Studii de caz

1. (Aplicarea unui model de terapie cognitiv-comportamentală în cazul pacientului Costin)

Costin a fost trimis la cabinetul de psihoterapie de fratele său mai mare după ce poliția l-a prins conducând mașina sub influența alcoolului. Clientul are 27 de ani, lucrează într-un bar și este student la sociologie la I.D.D. (învățământ deschis la distanță).

Din interviul clinic rezultă faptul că subiectul este un singuratic, având dificultăți în stabilirea contactelor sociale. Acesta afirmă că obișnuiește să bea prea mult pentru că îi este teamă de oameni, considerând că aceștia îl vor evalua negativ.

El este de părere că și-a irosit viața nereușind să deprindă o meserie până la această vârstă. Își dorește să termine facultatea și să se ocupe de studii sociologice în problemele tineretului.

Costin locuiește singur și are puțini prieteni. În adolescență a obișnuit să consume droguri dar în prezent consumă alcool de unul singur. La început băutura îl face să se simtă mai bine, mai plin de curaj, dar apoi devine depresiv. Clientul se simte blocat mai ales în prezența femeilor tinere și atrăgătoare (este încordat, rigid, se înroșește și transpiră abundent), fiind de părere că acestea își vor da seama de faptul că nu este „suficient de bărbat”. În timpul relațiilor sexuale sporadice a fost încordat și a manifestat adesea tulburări de erecție sau ejaculare precoce.

Anxietatea subiectului este mai accentuată noaptea, când apar uneori și atacuri de panică.

În cursul reveriilor diurne își imaginează uneori că se sinucide și că familiei sale nu îi pasă de acest lucru.

Se evidențiază puternice sentimente de culpabilitate pentru că nu și-a întemeiat o familie, nu a realizat o carieră, este un „ratat” care nu va reuși să se schimbe niciodată. Costin afirmă, de asemenea, că nu s-a simțit niciodată iubit sau dorit de cineva. El susține că dorește din tot sufletul să se schimbe pentru că s-a săturat de eșecurile repetate pe care le-a înregistrat până acum.

Timp de aproape un an Costin a avut o prietenă studentă la A.S.E. Aceasta era o femeie dominatoare care îi repeta tot timpul că nu valorează nimic. Cei doi au avut doar câteva contacte sexuale, clientul manifestând, în majoritatea cazurilor, tulburări de erecție. În cele din urmă relația s-a întrerupt din dorința partenerei. În familia de origine au fost în permanență certuri violente, dar cu toate acestea părinții nu au divorțat niciodată.

Pacientul era mereu criticat și comparat cu frații mai mari care erau premianți. Acesta își amintește cum tatăl său îl eticheta drept „prost” și se întreba de ce nu face nimic bine sau de ce nu seamănă cu frații săi.

La rândul său, mama îi spunea că nașterea lui a fost o greșeală și că ar fi preferat să nu aibă un asemenea fiu. Ca obiective pentru viitor, Costin și-ar dori să se lase de băutură și să se simtă bine, să scape de complexul de inferioritate și să fie capabil să se apropie de oameni, mai ales de femei. De asemenea, el ar dori să se elibereze de anxietate și culpabilitate („să nu se mai scuze permanent pentru faptul că există”). Sub aspect profesional i-ar plăcea să devină cercetător sociolog, poate să urmeze chiar un stagiul de masterat sau doctorat.

Situându-se într-o perspectivă comportamentală de tip multimodal, terapeutul

va realiza o evaluare pornind de la componentele modelului BASICID (Lazarus, 1995, 1997a):

Comportament:

- este defensiv, evită contactul vizual, se exprimă ezitant;
- consumă alcool în exces;
- prezintă tulburări de somn;
- declanșează o serie de comportamente de tip evitant.

Viață afectivă:

- anxietate;
- atacuri de panică (mai ales în timpul nopții când încearcă să doarmă);
- dispoziție depresivă;
- se teme de critică și respingere;
- se simte „prost” și lipsit de valoare;
- se simte izolat.

Sensibilitate:

- amețeli;
- tulburări de dinamică sexuală (dificultăți de erecție, ejaculare precoce);
- palpitații;
- cefalee.

Imagini (Reprezentări):

- amintiri intruzive referitoare la criticile formulate de părinți;
- imagine de sine (inclusiv corporală) scăzută;
- fantezii legate de faptul că este respins de ceilalți, mai ales de femei.

Cogniții:

- gânduri care îi produc îngrijorare (legate de moarte);
- gânduri și convingeri negative legate de performanțele sale slabe și de lipsa de valoare personală;

- imperative categorice („trebuie neapărat”);
- comparații negative ale propriei persoane cu ceilalți;
- gândire de tip fatalist;
- preocupări legate de noi sisteme de valori.

Relații interpersonale:

- se comportă într-o manieră neasertivă;
- are relații tensionate cu părinții;
- are puțini prieteni;
- se teme de contactele cu femei și de intimitate;
- se simte inferior în plan social.

Aspecte fiziologice. Consum de substanțe:

- abuz de alcool;
- a consumat droguri;
- nu face exerciții fizice;
- acuză tot felul de simptome somatice;

- nu se evidențiază nici o patologie de tip organic.

După încheierea demersului de evaluare, terapeutul îl va ajuta pe client să definească acele zone în care își dorește schimbarea.

Clientului i se explică maniera în care se vor desfășura ședințele de psihoterapie, mecanismele schimbării și necesitatea realizării unor teme pentru acasă.

Obiectivele generale („aș vrea să mă simt mai bine în pielea mea”) vor fi defalcate în obiective concrete și măsurabile. Astfel, atunci când clientul va afirma că dorește să se elibereze de complexe de inferioritate, terapeutul îi va adresa întrebări de tipul următor:

„Care sunt situațiile în care te simți inferior?”; „Cum te comporți astfel încât ajungi să crezi că ești o persoană inferioară?” etc.

Unul dintre obiectivele concrete ale lui Costin este reprezentat de dorința lui de a funcționa eficient fără alcool sau droguri. Pentru a-l ajuta să atingă acest obiectiv terapeutul îi va cere să noteze într-un jurnal situațiile în care consumă alcool și care sunt evenimentele care îl determină să bea.

Va fi utilizată hipnoza cu sugestii ținute pentru a-i produce aversiune față de băuturile alcoolice și tehnica imaginației dirijate în stare de relaxare pentru a-l motiva pe client să renunțe la alcool (va vizualiza avantajele unui comportament abstinent). Un alt obiectiv dezirabil pentru Costin îl constituie faptul că acesta nu mai dorește să se simtă obligat să se scuza pentru că există.

Terapeutul îi propune un program de terapie asertivă în cadrul căruia acesta învață să-și spună punctul de vedere cu fermitate față de șeful și colegii de serviciu.

Tehnica implică modelare (terapeutul va exemplifica modul asertiv de exprimare), jocul de rol și repetarea în plan imaginativ. Aceleași metode se utilizează pentru a depăși anxietatea clientului față de sexul opus (terapeutul va juca rolul unei femei căreia Costin dorește să-i ceară o întâlnire).

Clientul va repeta la nivel de joc de rol și antrenament mental maniera în care dorește să se comporte în timpul întâlnirii.

Tehnica desensibilizării sistematice este utilizată pentru a lucra asupra fricii de eșec în plan sexual.

Clientul învață o tehnică de relaxare pe care apoi o practică zilnic acasă. Se stabilește apoi, împreună cu terapeutul, lista situațiilor anxioase. Situația cea mai anxioasă o reprezintă intimitatea cu o femeie atrăgătoare și incapacitatea de a stabili performanțe sexuale, în timp ce situația cea mai puțin anxioasă este să stea de vorbă cu o colegă de facultate care nu îl atrage.

Clientul se relaxează, își imaginează o scenă agreabilă și apoi pe cea mai puțin anxioasă, continuând treptat până la situația care îl sperie cel mai mult. Procesarea terapeutică a sentimentelor de culpabilitate și anxietate se realizează prin intermediul identificării și înlocuirii gândurilor și convingerilor disfuncționale de bază. Terapeutul nu va acorda o atenție prea mare experiențelor timpurii ale clientului, ci îl va înarma cu strategii cognitive (modificarea cognițiilor negative) și comportamentale (metode de rezolvare a unor probleme de viață). Terapeutul îl va ajuta să-și examineze conținutul gândurilor negative automate din cadrul vorbirii

sale interioare, precum și convingerile disfuncționale care stau la baza acestora:

„Trebuie să fiu totdeauna puternic, perfect, stăpân pe mine.” „Nu sunt un bărbat adevărat dacă manifest cel mai mic semn de slăbiciune.” „Dacă ceilalți nu mă iubesc și nu mă aprobă, se va produce o catastrofă.” „Dacă o femeie mă respinge, înseamnă că nu sunt bun de nimic.” „Dacă am un eșec într-un domeniu, înseamnă că sunt un ratat.” „Am tendința de a mă scuza mereu pentru faptele mele pentru că mă simt inferior celorlalți.”

Terapeutul îl va ajuta pe Costin să observe modul în care funcționează vorbirea sa interioară cu conținut negativ.

În continuare aceste afirmații sunt combătute prin intermediul unor întrebări de genul următor:

„Ce dovezi ai că părinții tăi au avut dreptate când au afirmat acele lucruri despre tine?”

„Tu spui că ești un ratat și că te simți inferior celorlalți, dar oare evoluția ta actuală confirmă acest lucru?” „Faptul că ai fost un fel de țap ispășitor al familiei reprezintă un motiv să-ți asumi acest rol și în viață?” etc.

Costin va fi astfel dirijat încât să considere gândurile și convingerile sale negative ca pe niște ipoteze care trebuie verificate.

Clientul va învăța să renunțe la dorințele sale absolutiste, spunându-și, de pildă, că țieși preferă să fie acceptat și nu refuzat de femei, va fi totuși capabil să suporte o eventuală respingere. În continuare acesta va fi ghidat să exerseze la nivelul vorbirii interioare afirmații cu conținut pozitiv:

„Pot să fiu o persoană acceptată și iubită.”

„Pot să reușesc sau să eșuez uneori.”

„Nu trebuie să compar toate femeile cu mama mea.”

„Nu trebuie să mă autopedepsesc pentru greșelile din trecut, pentru că nu este necesar să fiu totdeauna perfect.”

În cadrul demersului terapeutic este inclusă și achiziționarea unor deprinderi de comunicare interpersonală și de antrenament asertiv.

După un număr de 16 ședințe de psihoterapie clientul a relatat faptul că a obținut progrese semnificative în ceea ce privește ameliorarea dispoziției, a renunțat la alcool, și-a modificat stilul de viață și se află în etapa de consolidare a unei relații afective cu o colegă de facultate.

2. (Terapia s-a realizat după un model propus de Corey, 2001)

Rodica, pacientă în vârstă de 43 de ani, casnică, mamă a doi copii (Jeny de 18 ani și Alin, 16 ani), studii medii. Locuiește împreună cu soțul (46 de ani) și copiii. Clienta se prezintă la terapie pentru o stare de insatisfacție generală, afirmând faptul că viața ei este plicticoasă și previzibilă.

La împlinirea vârstei de 40 de ani a simțit o stare de anxietate întrebându-se cum au trecut anii pe lângă ea. De doi ani clienta prezintă tulburări de somn, anxietate, amețeli, palpitații și dureri de cap.

Aceasta afirmă că plânge foarte ușor din lucruri mărunte, se simte deprimată, îi este greu să iasă din casă și are probleme cu greutatea corporală.

Istoricul problemelor prezente

Clienta a fost casnică până în momentul în care copiii au crescut și au devenit adolescenți, moment în care a decis să-și continue studiile pentru a deveni asistent medical.

În urma contactului cu colegii de școală ea și-a dat seama că și-a limitat existența, i-a făcut pe ceilalți membri ai familiei dependenți de ea, precum și de faptul că se teme să-și asume orice alt rol decât cel de soție sau mamă. Clientei nu îi este clar cine este ea de fapt și ce dorește în continuare de la viață. Medicul de familie i-a recomandat, în urma investigațiilor realizate, să urmeze un program de psihoterapie.

Rodica își descrie problemele astfel: „Uneori intru în panică, mai ales noaptea când încerc să dorm. Alteori mă trezesc din somn cu o senzație de sufocare, palpitații și cu o transpirație rece. Mă răsucesc în pat încercând să mă destind, dar nu reușesc deloc și prin minte îmi trec gânduri legate de îngrijorări pentru tot felul de lucruri mărunte. Nu pot scăpa de aceste gânduri.

În timpul zilei mă simt atât de obosită încât abia mă mișc. Plâng din orice, chiar din lucruri fără importanță.” Rodica e conștientă de faptul că a dus o existență foarte clar structurată în jurul familiei, singura preocupare fiind să aibă grijă de soț și de copii. Deși ea și-a dorit să facă și altceva în viață, se teme de schimbare și se întreabă dacă nu ar da dovadă de egoism dacă se va ocupa de ea însăși, neglijându-și familia. De asemenea, ea este îngrijorată și de faptul că ar putea să nu facă față unei activități profesionale. Copiii își petrec tot mai mult timp în afara familiei și clienta are sentimentul că îi pierde. Cele mai multe probleme i le creează fiica ei, care are un comportament rebel și cu care ea nu știe cum să procedeze.

În ceea ce privește viitorul, acesta nu este prea clar pentru clientă. Ea și-ar dori să se simtă ea însăși și nu doar să facă pe plac celorlalți. Nici relația cu soțul nu este satisfăcătoare. Acesta nu este de acord cu inițiativele ei și preferă ca lucrurile să rămână neschimbate, fapt ce o determină pe clientă să ezite să-l provoace de teamă să nu fie părăsită. Clienta este preocupată și de faptul că îmbătrânește și nu mai arată la fel ca înainte (a luat 10 kg în greutate). Toate aceste probleme o determină să fie motivată să urmeze un program de psihoterapie, simptomele cele mai deranjante fiind anxietatea și acuzele somatice.

Istoria vieții clientei

Rodica este cea mai mare din cadrul unei familii formate din trei copii. Tatăl a fost preot, iar mama, casnică. Clienta își descrie tatăl ca fiind o persoană rece, distantă, autoritară și rigidă care îi impunea un set de reguli pe care trebuia să le urmeze întocmai, fără să pună întrebări. Mama o critica frecvent și clienta nutrea convingerea că nu va fi niciodată în stare să-i facă pe plac. Existau și unele momente când mama avea o atitudine suportivă. În cadrul familiei nu se exprimau sentimente de afecțiune.

Clienta și-a asumat rolul de a-și îngriji frații mai mici în mare măsură din dorința de a obține aprobarea părinților. Ori de câte ori clienta încerca să se joace

sau să se bucure de ceva, se confrunța cu dezaprobarea și supărarea tatălui. Acest model de comportament orientat spre grija față de ceilalți s-a permanentizat și i-a marcat întreaga viață.

Un incident critic a survenit atunci când Rodica avea vârsta de 5 ani, iar tatăl a prins-o jucându-se „de-a doctorul” cu un băiețel de 7 ani. Acesta a certat-o și a refuzat să-i vorbească mai multe săptămâni la rând, obligând-o să postească și să se roage. „M-am simțit foarte rușinată și vinovată”, relatează clienta. Se pare că aceasta a atras după sine sentimente de culpabilitate și în adolescență, ea reprimându-și tendințele sexuale.

Rodica avea probleme și în domeniul relațiilor sociale, ei fiindu-i greu să-și facă prieteni sau să mențină prietenii. (A fost crescută la țară și nu i s-a dat voie să se joace cu copiii din sat.)

Ea se simțea izolată de cei de vârsta ei, nutriend convingerea că aceștia o considerau „ciudată”. Deși ar fi dorit aprobarea celorlalți, clienta nu voia să renunțe la principiile ei morale de teama consecințelor. Rodica nu a avut voie să se întâlnească cu nici un băiat și la 18 ani s-a căsătorit cu prima persoană de sex masculin, care i-a ieșit în cale. Tatăl a fost foarte supărat de faptul că ea nu a continuat studiile. Mama ei i-a servit drept model în asumarea rolului de gospodină.

În urma interviului de evaluare a rezultat că printre problemele care o tulbură cel mai mult pe clientă se află supraincordarea și atacurile de panică, precum și faptul că ea nu este capabilă să-și impună punctul de vedere și din acest motiv acceptă să se angajeze în proiecte propuse de alții, pe care ea nu dorește să le ducă la îndeplinire. Ținând seama de aceste elemente, obiectivele inițiale ale terapiei au fost:

- învățarea unei tehnici de relaxare pe care clienta a primit sarcina să o practice zilnic;
- însușirea unor tehnici de management al stresului;
- antrenamentul asertiv.

Terapeutul a solicitat-o pe clientă să-și monitorizeze zilnic trăirile și modul în care se comportă și să ducă la îndeplinire sarcinile pentru acasă.

În timpul ședințelor de terapie i s-a cerut clientei să întocmească o listă cu situațiile în care se simte stresată și să observe în ce măsură așteptările ei și vorbirea interioară cu conținut negativ contribuie la apariția și menținerea stării de stres. A fost aplicat apoi un program de management al stresului.

Redăm, în cele ce urmează, un fragment din cadrul dialogului desfășurat în timpul ședințelor de psihoterapie.

Rodica: M-ați întrebat ce anume mă stresează. Ei bine, sunt foarte multe lucruri. Mă grăbesc tot timpul și niciodată nu termin ceea ce am de făcut. Mă simt în permanență presată de timp.

Terapeutul: Enumeră câteva situații specifice în care te simți stresată. Vom găsi apoi niște metode de a le face față.

R: Trebuie să mă pregătesc pentru cursuri și să fac față și treburilor din gospodărie. Nu știu cum să fac față ostilității pe care o manifestă Jeny față de

mine. Încerc să răspund așteptărilor lui Nelu și, în același timp, să fac și ceea ce vreau eu să fac. M-am angajat și într-o serie de activități sociale pe care nu am timp să le realizez... Joc prea multe roluri și asta mă sperie. Mă simt presată la gândul că trebuie să-mi termin studiile și sunt îngrijorată de faptul că nu voi găsi un serviciu potrivit ca asistentă medicală. Nu este suficient pentru început?

T: Da, este o listă destul de lungă. Îmi dau seama de faptul că te simți copleșită. Nu vom putea să le abordăm pe toate odată. Aș dori să-mi descrii ce simți atunci când te afli într-o situație de stres, ce senzații ai, la ce te gândești și cum te comporți.

R: Simt că joc prea multe roluri și că nu am timp să îndeplinesc ceea ce mi-am propus. Deseori stau trează toată noaptea și mă gândesc la toate lucrurile pe care trebuie să le fac. Îmi vine foarte greu să adorm și dacă dorm totuși, somnul este agitat, visez urât și mă trezesc foarte obosită. Din cauza asta mi-e și mai greu să o iau de la capăt a doua zi.

T: Mai devreme mi-ai spus că suferi de atacuri de panică, mai ales noaptea. Aș dori să te învăț o tehnică de relaxare pe care s-o aplici înainte ca atacul de panică să se instaleze. Va trebui să identifici semnele premergătoare apariției unui atac de panică. În loc să stai întinsă și să te chiniești să adormi, mai bine faci un exercițiu de relaxare. Este bine să practici acest exercițiu zilnic, timp de 20 de minute.

R: 20 de minute pe zi când sunt atât de ocupată! Cred că acest lucru mă va stresa și mai mult.

T: Depinde cum vei aborda această strategie.

Terapeutul discută cu clienta pentru că se teme că aceasta va considera relaxarea o corvoadă și nu ceva agreabil. Ea a înțeles în cele din urmă că nu trebuie să facă exercițiul în mod perfect și că acesta are rolul de a-i face existența mai ușoară.

În continuare, terapeutul o învață o tehnică de control respirator și de imaginație dirijată (îi cere să-și imagineze scene liniștitoare). Apoi clienta își însușește tehnica.

Redăm, în cele ce urmează, fragmente din cadrul ședinței de psihoterapie:

T: Alege un loc liniștit, așază-te într-un fotoliu și adoptă o atitudine pasivă. În loc să te străduiești să realizezi exercițiul cât mai bine, lasă-te în voia gândurilor. Închide ochii și relaxează progresiv fiecare grupă musculară începând de la cap spre picioare. Expiră și relaxează-te. După o săptămână clienta a relatat că i-a fost foarte greu să se relaxeze.

R: Ei bine, nu am realizat exercițiul cum trebuie. Am lucrat în fiecare zi și nu a fost chiar atât de rău cât am crezut, deși mi-a fost greu să găsesc un loc liniștit. Am fost chemată de mai multe ori la telefon, copiii m-au rugat să le spăl ceva... și așa mai departe. Chiar și atunci când nu am fost deranjată, mi-au zburat gândurile în toate părțile și mi-a fost greu să simt relaxarea în diverse zone ale corpului.

T: Aș dori să nu fi prea exigentă cu tine însăși. Relaxarea este o deprindere și ca orice deprindere este necesar un anumit timp pentru a o învăța. Trebuie însă să-ți acorzi cele 20 de minute petrecute într-un loc liniștit.

Clienta i-a spus terapeutului cât de greu îi este să-și acorde acest timp numai pentru ea. Terapeutul a subliniat faptul că acesta este și un prilej foarte bun să învețe să le ceară celorlalți să-i respecte dorințele.

Al doilea obiectiv al terapiei a constat în formarea unor deprinderi de comportament asertiv. (Clienta trebuie să învețe să spună „nu”). Rodica a relatat faptul că ea a fost obișnuită să dăruiască totul, fiindu-i greu să ceară ceva pentru sine. Ea nu poate să refuze și din acest motiv se lasă antrenată în acțiuni pe care nu dorește să le realizeze. Clienta s-a referit la tatăl ei și la modul în care consideră că acesta a contribuit la conduita ei lipsită de asertivitate. Terapeutul i-a cerut să-și amintească o scenă mai recentă când i-a fost greu să spună nu și să o descrie în detaliu.

R: Săptămâna trecută fiul meu Alin s-a întors târziu acasă și mi-a cerut să-i bat la calculator lucrarea de semestru. Nu aveam chef să o fac pentru că am avut o zi grea și mă simțeam obosită și pentru că era aproape miezul nopții. L-am refuzat, el s-a enervat, a început să bombăneasă și, în cele din urmă, am cedat. Ce pot să fac?

T: Ai fi putut proceda în multe feluri. Poți să găsești câteva variante?

După ce clienta a identificat câteva variante de răspuns, terapeutul i-a propus jocul de rol. La început, acesta a jucat rolul fiului, clienta încercând să adopte alte modalități de reacție decât să-i tipărească lucrarea.

Deoarece ea nu a părut prea convingătoare, i s-a sugerat să joace ea rolul lui Alin, terapeutul demonstrând o manieră mai asertivă de a refuza.

În continuare terapeutul și clienta au aplicat deprinderile de antrenament asertiv în situații reale de viață. Au fost exersate și deprinderile de comunicare verbale și nonverbale: tonul vocii, accentele, termenii utilizați, mimica și pantomimica etc, în așa fel încât clienta să poată refuza în mod convingător ceea ce nu dorește să facă, fără a trăi sentimente de culpabilitate.

Partea a doua a terapiei este dedicată identificării și modificării gândurilor și convingerilor iraționale generatoare de simptome psihopatologice și comportamente dezadaptative.

Interviul clinic a evidențiat și faptul că Rodica și-a interiorizat și a acceptat în mod necritic anumite norme și valori care au condus la faptul că sentimentele de culpabilitate au devenit principala sursă motivațională care îi dirijează comportamentul. Una dintre convingerile disfuncționale de bază este aceea că ea trebuie să realizeze totul perfect. Clienta se autoevaluează negativ din cauza standardelor prea ridicate pe care și le impune.

Ea se comportă ca și cum ar avea un fel de șef imaginar care o judecă și îi spune ce trebuie să facă. Terapeutul o va ajuta să modifice vorbirea interioară cu conținut negativ care îi blochează acțiunile și îi creează stări afective negative.

Clienta se va familiariza cu modelul ABC din cadrul terapiei rațional-emoțive, unde A este evenimentul activator extern care nu generează consecințele C în plan emoțional și comportamental, sursa problemelor sale fiind B (gândurile și convingerile iraționale referitoare la A).

În această etapă a terapiei, clienta și-a propus ca obiectiv să nu se mai conducă în viață după principiile impuse de părinții ei și să aibă curajul să

vorbească deschis cu soțul ei și să-i spună cum ar dori să continue căsnicia lor, chiar cu riscul de a-l supăra. Metoda descoperirii dirijate o va ajuta să sesizeze legătura dintre modul ei de a gândi și felul în care se simte și acționează.

În continuare, prin intermediul tehnicii întrebărilor deschise și al dialogului socratic, clienta va fi ghidată să identifice distorsionările cognitive care stau la baza supozițiilor și convingerilor sale și să le înlocuiască cu unele alternative, mai realiste. Elementele învățate în timpul ședințelor de psihoterapie vor fi exersate în cadrul unor sarcini pentru acasă și aplicate la situații reale.

Pentru a o ajuta pe clientă să-și însușească un sistem de convingeri cu caracter mai constructiv terapeutul i-a cerut să identifice vocea interioară care o demobiliza criticând-o permanent și să modifice conținutul acesteia astfel încât să cuprindă autoîncurajări și afirmații cu conținut mobilizator.

Terapeutul i-a recomandat și exerciții care să o ajute să se debaraseze de sentimentele de jenă și de teamă de ridicol care o împiedicau să realizeze multe lucruri. Astfel, pentru a-și învinge teama de a lua cuvântul în clasă, terapeutul i-a cerut să se relaxeze și apoi să-și imagineze că cel mai rău lucru de care se temea se produce.

Odată identificate expectațiile sale cu caracter catastrofic, terapeutul a ajutat-o să demonteze fiecare astfel de expectații, demonstrându-i faptul că și dacă are un eșec, va fi capabilă să-l suporte.

Clienta nutrește și puternice sentimente de culpabilitate legate de faptul că fiica ei avea probleme la școală, ea spunându-și că ar fi trebuit să fie o mamă mai bună. (Jeny a rămas corijentă la matematică și avea absențe nemotivate).

Prezentăm, în cele ce urmează, câteva fragmente din cadrul dialogului terapeutic.

R: Nu vreau ca fiica mea să sufere așa cum am suferit eu. Știu că de cele mai multe ori am fost aspră și critică față de ea așa cum a procedat și mama mea cu mine.

T: Ce îți spui în gând atunci când te gândești la asta?

R: Mă simt vinovată la faptul că nu am ajutat-o suficient la lecții pe Jeny. Îmi spun că nu am fost o mamă bună. I-am redus șansele de a-și face un rost în viață. I-am distrus viața!

T: Nu ți se pare că modul tău absolutist de a gândi este lipsit de logică? Care crezi că este rolul lui Jeny în crearea propriilor sale probleme?

R: Da, aveți dreptate, dar am făcut atât de multe greșeli pe care mă străduiesc să le îndrept.

T: Sunt de acord că este posibil să fi făcut multe greșeli în educația ei, dar asta nu înseamnă că i-ai distrus viața. Nu-ți dai seama că dacă faci atât de multe lucruri pentru ea și îți asumi întreaga responsabilitate în locul ei, fiicei tale nu-i mai rămâne nimic de făcut?

R: Încerc să gândesc diferit, dar revin mereu la vechile mele gânduri. Ce ar trebui să-mi spun în gând?

T: Când Jeny face un lucru rău, cine este vinovat?

R: Eu, de cele mai multe ori.

T: Dar atunci când face un lucru bun, cine merită laudele?

R: Nu eu, desigur. Oricum sunt atât de preocupată de greșelile ei încât nici nu mai văd dacă face un lucru bun.

T: Constat că ești totdeauna gata să te blamezi pentru greșelile ei și să-i ignori realizările sau succesele.

R: Mă preocupă ceea ce nu merge și nu pot scăpa de gândul că nu am fost o mamă bună, că ar fi trebuit să am o influență pozitivă asupra ei.

T: Cred că a sosit momentul să fii ceva mai îngăduitoare cu tine însăși. Ce ar fi dacă ți-ai spune în gând: „Chiar dacă am făcut unele greșeli în trecut și poate le voi mai face în continuare, aceasta nu înseamnă că i-am distrus viața fiicei mele. Nu înseamnă nici că am fost același tip de mamă cum a fost mama mea pentru mine. Voi fi mai înțeleghătoare cu mine, pentru că astfel îmi voi crea singură probleme.”

R: Sună destul de bine... Numai de aș fi în stare să-mi spun aceste lucruri, să cred în ele și să le simt cu adevărat.

T: Dacă vei continua să exersezi tehnica de combatere a gândurilor și convingerilor negative și de înlocuire a lor cu unele mai realiste, vei fi capabilă să crezi în aceste afirmații și evident, te vei simți mai bine.”

Aplicațiile terapiei cognitiv-comportamentale în abordarea psihoterapeutică a familiilor

Abordarea cognitiv-comportamentală pornește de la premisa că cognițiile, emoțiile și comportamentele membrilor familiei se influențează reciproc în cadrul interacțiunilor familiale. Astfel, o convingere exprimată poate conduce la apariția unor stări emoționale și a unor comportamente, acestea din urmă influențând modul de a gândi al subiecților în cadrul unui proces de interacțiune reciprocă, proces ce contribuie la menținerea unor modele de comportament disfuncțional în cadrul familiei.

Terapia cognitivă pune un accent deosebit pe schemele cognitive sau pe convingerile disfuncționale de bază (De Rubeis și Beck, 1988), punctul „cheie” al demersului terapeutic fiind reprezentat de modificarea acestor convingeri disfuncționale de bază (scheme cognitive), proces ce are drept rezultat schimbarea comportamentelor dezadaptative.

În psihoterapia de familie a fost introdus conceptul de schemă familială (Dattilio, 1993, 1998) care reprezintă un sistem de convingeri referitoare la funcționarea familiei și care s-a format în urma interacțiunilor repetate dintre membrii sistemului familial. Același autor subliniază că un individ operează cu două astfel de scheme familiale, schema familiei de origine și schema referitoare la funcționarea familiei în general. Experiențele și convingerile provenite din familia de origine stau la baza formării schemei familiei în general, precum și la aplicarea acesteia la familia actuală a subiectului. Aceste scheme au o importanță majoră în definirea modalității în care membrii familiei gândesc, rezonază emoțional și interacționează unii cu ceilalți.

Obiectivul demersului terapeutic îl reprezintă identificarea și restructurarea acestor scheme familiale în vederea formării unor modalități de interacțiune mai sănătoase și mai eficiente.

Tehnicile cognitiv-comportamentale se pot îmbina în mod eficient și cu alte strategii utilizate în cadrul psihoterapiei de familie, cum ar fi, de pildă, cele de tip structuralist.

Orientarea structurală în psihoterapia de familie a luat naștere în 1960, când Minuchin a început să lucreze cu băieți delincvenți provenind din familii defavorizate din New York, studiile sale fiind finalizate în lucrarea „Familile și terapia de familie” (Minuchin, 1974).

Autorul acordă o atenție deosebită interacțiunilor dintre membrii familiei care explică structura acesteia, important fiind cum, când și cu cine relaționează membrii familiei. Conform acestei orientări, majoritatea simptomelor reprezintă rezultatul unor deficiențe de natură structurală apărute în cadrul organizației familiale (Guerin și Chabot, 1992). Schimbarea terapeutică constă în a ajuta familia să-și modifice modelele stereotipe de interacționare și să-și redefiniească intervențiile (Colapinto, 2000).

Ideea centrală este că simptomele individuale sunt mai ușor de explicat din perspectiva modelelor interacționale ale membrilor familiei, schimbările structurale trebuind să fie realizate înainte ca simptomele unui anumit subiect să fie reduse sau eliminate.

Conceptele „cheie” ale psihoterapiei structurale de familie sunt următoarele (Corey, 2001, p. 416):

1. Structura familiei

În concepția lui Minuchin (1974), structura familiei reprezintă un set invizibil de cerințe și reguli care organizează modul în care membrii familiei se raportează unii la alții.

Această structură care dirijează tranzacțiile din cadrul familiei poate fi explicată în urma observării membrilor familiei în interacțiune în timpul ședințelor de psihoterapie.

Este important să se acorde atenție secvenței: cine, cui și cum se adresează și care este rezultatul interacțiunii, în felul acesta terapeutul putând detecta interacțiunile cu caracter disfuncțional.

Secvențele repetitive care se manifestă în timpul ședințelor de terapie evidențiază modelele structurale după care se conduce familia. De pildă, dacă de fiecare dată soția se plânge de faptul că soțul dă din cap și nu spune nimic, schema de funcționare este „evitarea conflictului”.

În cazul în care exprimarea deschisă a ostilității tatălui produce un atac de astm bronșic la copil, secvența este una de tip complementar (schimb reciproc de comportamente opuse) și evidențiază o problemă în ceea ce privește raportul de forțe în cadrul structurii de putere dintre părinți și copii.

În familiile violente, terapeutul va identifica, de regulă, o secvență simetrică (schimb de comportamente identice) în cadrul căreia fiecare persoană se situează pe o poziție absolutistă la care nu dorește să renunțe și care conduce la escaladarea

conflictului, ca în exemplul de mai jos (Corey, 2001, p. 417):

Soțul: *Unde te duci?*

Soția: *În oraș.*

Soțul: *Ți-am dat eu voie să pleci?*

Soția: *Nu îmi comanzi tu ce trebuie să fac!*

Soțul (strigând): *Ba îți comand, fir-ar să fie!*

Soția (strigând): *Îmi comanzi pe naiba!*

Subsistemele familiale

Familia este considerată un sistem compus din mai multe subsisteme: marital (soț-soție), parental (mamă-tată), fratern (copii) și extins (bunici, rude și chiar alte persoane cum ar fi învățătorul sau preotul).

Membrii familiei interacționează pentru a duce la îndeplinire sarcini care sunt absolut necesare pentru buna funcționare a unui anumit subsistem, precum și a sistemului familial în ansamblu.

Fiecare membru al familiei joacă roluri diferite în cadrul unor subgrupuri. Astfel, George este tată în sistemul parental, soț în cadrul celui marital și al treilea membru al unei frății din cadrul familiei sale de origine. Subsistemele familiale sunt determinate de o serie de factori cum ar fi vârsta, sexul, interesele comune și atribuțiile de rol. Ele sunt de asemenea definite de sisteme de reguli și interrelații.

Terapia structurată de familie postulează faptul că subsistemele îndeplinesc diferite sarcini și funcții.

Atunci când membrii unui subsistem pătrund în cadrul altui subsistem căruia nu îi aparțin, apar, de regulă, situații problematice. De pildă, viața sexuală aparține subsistemului marital. Atunci când copiii le este permis să devină martori, să cerceteze sau să investigheze viața sexuală a părinților, aceștia pătrund în mod nejustificat în cadrul subsistemului marital. Este lesne de înțeles faptul că părinții trebuie să le permită copiilor să-și formeze propriul sistem de relații interpersonale.

Limitele (barierele)

Reprezintă barierele emoționale care protejează și mențin integritatea indivizilor, subsistemelor și familiilor în ansamblu. Limitele reglează nivelul contactelor pe care un anumit individ le are cu ceilalți și se situează pe o linie continuă de la limite foarte stricte până la unele cu caracter difuz.

Limitele rigide conduc la apariția unor bariere de nedepășit între subsistemele familiale, precum și între acestea și lumea externă. Astfel, datorită barierelor dintre generații, părinții și copiii pot să nu se înțeleagă unii cu alții. Aceste limite rigide conduc la izolarea și lipsa de comunicare dintre indivizi și subsisteme, interrelațiile deteriorându-se, cum se întâmplă în cazul în care un adolescent a lipsit mult de la școală, iar părinții, contactați de dirigintă, nici nu au remarcat acest lucru.

La celălalt pol se situează barierele difuze care permit o imixtiune nejustificată a membrilor familiilor unii în viața celorlalți, cum se întâmplă în familiile excesiv de protectoare care îi fac pe copii dependenți și îi împiedică să-și formeze un sistem de relații în exterior.

Între cele două extreme se situează barierele adecvate care îi permit unui individ să-și găsească propria identitate păstrând și sentimentul de apartenență la sistemul familial. Familiile sănătoase au capacitatea de a face față stresului vieții cotidiene, menținând unitatea sistemului, fiind, în același timp, suficient de flexibile pentru a accepta restructurări și pentru a veni în întâmpinarea nevoilor și dorințelor membrilor familiei. Obiectivele terapiei de familie structurate sunt (Corey, 2001):

- reducerea simptomelor și disfuncțiilor individuale;
- realizarea unor modificări structurale la nivelul sistemului familial, menite să modifice regulile de funcționare ale familiei și să construiască bariere de tip adecvat.

Colapinto (2000) consideră că prin eliberarea membrilor familiei de tirania rolurilor și funcțiilor cu caracter stereotip, sistemul familial își va mobiliza resursele și va contribui la optimizarea capacității indivizilor de a face față stresului.

Mai precis, obiectivul demersului terapeutic constă în construirea unei structuri ierarhice eficiente în cadrul familiei, astfel încât părinții să aibă grijă de copii și să le acorde libertate și independență pe măsură ce aceștia se maturizează.

Sarcina terapeutului constă în a determina familia ca un tot unitar să se angajeze activ în demersul de restructurare a modului său de funcționare.

Se stabilesc limite clare, interacțiunile dintre membrii familiei trebuie să devină mai flexibile, iar structura disfuncțională se modifică.

Terapeutul va lucra asupra unor situații specifice, va elabora scenarii, va atribui roluri și sarcini membrilor familiei și apoi va asista în calitate de spectator, observând interacțiunile dintre membrii familiei.

Demersul terapeutic oscilează între acordarea de sprijin și adresarea de provocări, între adoptarea strategiilor la nevoile familiei și negocieri realizate cu membrii acesteia.

Așa cum am mai subliniat, terapeutul va juca un rol activ în cadrul terapiei de familie, ceea ce îi va permite să intervină în modificarea structurii acesteia și nu doar în soluționarea problemelor de moment. În cadrul alianței terapeutice trebuie să se țină seama de particularitățile și nevoile membrilor familiei, lucrându-se cu fiecare și în avantajul fiecăruia dintre aceștia.

Strategiile terapeutice au un caracter activ, directiv, sunt riguros planificate și au un caracter eclectic.

Cele mai frecvent utilizate sunt următoarele (Corey, 2001, p. 421):

- *Elaborarea diagramei familiei*

Presupune identificarea barierelor sau limitelor, rigide, difuze sau clar precizate, a stilurilor de interacțiune (tranzacționare) care pot fi de tip imixtiune sau dezangajare.

Pe parcursul terapiei pot fi elaborate mai multe astfel de diagrame care vor fi utilizate în cadrul procesării terapeutice.

- *Prescrierea unor scenarii*

Terapeutul va cere membrilor familiei să se angajeze în anumite situații

conflictuale între ședințele de psihoterapie. Acest lucru îi permite să observe modul de interacțiune între membrii familiei și să tragă concluzii referitoare la structura familiei.

De asemenea, terapeutul va bloca funcționarea anumitor modele de interacțiuni, va evalua capacitatea familiei de a se supune unor reguli diferite și îi va încuraja pe membrii acesteia să experimenteze reguli mai eficiente.

Schimbarea terapiei va avea loc mai curând în urma acestor acțiuni concrete decât a discutării problemelor familiei (Colapinto, 2000).

- *Reetichetarea*

Se referă la realizarea unei interpretări diferite a problemelor familiei, care vor fi examinate într-o lumină nouă și din perspective diferite.

În felul acesta devine posibilă înțelegerea structurii familiale, care a condus la apariția problemei unui anumit individ, care nu mai poartă întreaga răspundere pentru situația creată.